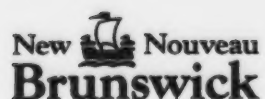


*Division de la planification et de l'évaluation*



Nouveau  Brunswick

Santé et Services  
communautaires



PAE 98-02

**Télé-Soins/TeleCare :  
Évaluation du service  
1-800 « Infirmière en direct »  
du Nouveau-Brunswick  
(projet pilote de la Région 1)**

**Chris Robinson, M.A.  
Économiste en chef  
Planification et évaluation  
Ministère de la Santé et des Services Communautaires  
(courrier électronique : [chrisro@gov.nb.ca](mailto:chrisro@gov.nb.ca))**

1998

On peut se procurer d'autres exemplaires à l'adresse suivante:

Unité de l'analyse et d'évaluation des programmes  
Division de la planification et de l'évaluation  
Ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick  
C.P. 5100  
Fredericton, N.-B.  
E3B 5G8

Tél. (506) 453-2793  
Télec. (506) 444-4697

Il est permis de reproduire ce document pour usage non commercial à des fins d'éducation ou de planification. Il faut toutefois citer la source.

Publié par  
L'Unité de l'analyse et d'évaluation des programmes  
Division de la planification et de l'évaluation  
Ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick

Juin 1998

ISBN 1-55236-334-1

## **Remerciements**

L'auteur tient à remercier de leur soutien et de leurs commentaires pertinents les conseillers en systèmes informatiques de la Région 1, le personnel de la Division des services hospitaliers au ministère de la Santé et des Services communautaires, et en particulier les personnes suivantes qui siègent au sous-comité d'évaluation de Télé-Soins :

D' André Touchburn (Directeur médical des services d'urgences - Beauséjour)

D' Peter O'Hanley (Directeur médical des services d'urgence - Sud-Est)

Joan Lutes (Infirmière chef - Sud-Est)

Rino Lang (Infirmier chef - Beauséjour)

Liane Macfarlane (soutien, Planification et évaluation)

Lucille St-Jules (Coordonnatrice de Télé-Soins)

En outre, deux économistes de la santé, agissant à titre de relecteurs indépendants, ont fourni des commentaires utiles :

Murray Brown, Ph.D. -- Population Health Research Unit, Dalhousie University

Philip Jacobs, Ph.D. -- Health Services Administration & Community Medicine,  
University of Alberta



# Table des matières

<b>RÉSUMÉ</b>	i
<b>1.0 HISTORIQUE</b>	1
1.1 Buts et objectifs	2
1.2 Qu'est-ce que Télé-Soins/TeleCare?	3
1.3 Historique de Télé-Soins (Phase I)	4
<b>2.0 SOURCES DES DONNÉES DE L'ÉTUDE</b>	6
<b>3.0 APERÇU DES MÉTHODES STATISTIQUES</b>	7
<b>4.0 PROFIL DES USAGERS DE TÉLÉ-SOINS</b>	8
4.1 L'appel typique	8
4.2 L'utilisateur typique	9
<b>5.0 RÉSULTATS PAR OBJECTIF</b>	11
5.1 Mieux faire connaître ce service du public pendant le projet pilote.	11
5.2 Mieux faire accepter le service par le public (son utilisation) pendant le projet pilote	12
5.3 Diminuer l'utilisation des services d'urgence pour les affections non urgentes.	14
5.4 Évaluer le taux de satisfaction des usagers envers le service	19
5.5 Surveiller le nombre de visites aux bureaux de médecins dans la Région 1	20
5.6 Évaluer le coût-efficacité de la méthode de prestation du triage par téléphone	22
5.61 Caractère judicieux des décisions prises au téléphone	23
5.62 Coûts et avantages directs	24
5.63 Économies associées au triage - l'aiguillage vers d'autres services de soins moins coûteux	25
5.64 Le coût-efficacité	30
5.65 Autres coûts et avantages cachés	31
<b>6.0 AUTRES RECHERCHES</b>	33
6.1 Les usagers ont-ils réellement visité les services de soins conseillés par Télé-Soins?	33
<b>7.0 CONCLUSIONS</b>	35
<b>8.0 RECOMMANDATIONS</b>	38

## **Liste des annexes**

- A - Analyse du coût-efficacité - du point de vue de l'ensemble de la société
- B - Bibliographie
- C - Résultats d'analyse de régression : effet du volume d'appels à Télé-Soins et hausse ou baisse des symptômes précis présentés pour les cas non urgents au service d'urgence de l'Hôpital de Moncton
- D - Résultats d'analyse de régression : effet du volume des appels à Télé-Soins sur la hausse du nombre total des visites non urgentes dans les services d'urgence
- E - Enquête sur le taux de satisfaction chez les usagers des services d'urgence - janvier 1995
- F - Enquête sur le taux de satisfaction chez les usagers de Télé-Soins - juillet 1995
- G - Enquête sur le taux de satisfaction chez les usagers de Télé-Soins - mars 1996
- H - Résultats d'analyse de régression : Aucun lien entre le volume des appels à Télé-Soins et le nombre de visites dans les cliniques sans rendez-vous
- I - Résultats d'analyse de régression : Aucun lien entre le volume des appels à Télé-Soins et le nombre de visites chez le médecin (omnipraticiens en clinique)
- J - Examen clinique : Accord des urgentologues avec les décisions prises par le personnel infirmier de Télé-Soins (coefficient de corrélation)

## Liste des tableaux

1. Volume et taux des appels par collectivité
2. Visites non urgentes aux services d'urgence (Région 1)
3. Disponibilité des médecins pour les rendez-vous
4. Coût différentiel du service Télé-Soins (du point de vue d'un bailleur de fonds du secteur public)
5. Qu'auriez-vous fait sans les conseils de Télé-Soins?
6. Coûts (ou économies) possibles imputables au triage des appels de Télé-Soins
7. Coût différentiel du service Télé-Soins (du point de vue de l'ensemble de la société)

## **Liste des figures**

1. Appels répondus et abandonnés selon l'heure (décembre 1996)
2. Décisions du personnel infirmier de Télé-Soins - janvier 1995 à décembre 1996
3. Répartition des usagers de Télé-Soins selon l'âge
4. Situation d'emploi des usagers de Télé-Soins, comparativement à la population générale du recensement
5. Façon dont les usagers ont appris l'existence de Télé-Soins
6. Volume mensuel et cumulatif des appels à Télé-Soins (janvier 1995 à décembre 1996)
7. Visites non urgentes dans les services d'urgence (Région 1)
8. Évolution des visites chez les médecins omnipraticiens (Région 1)
9. Effectifs médicaux (omnipraticiens - Région 1)
10. Évolution des visites chez les médecins omnipraticiens (omnipraticiens qui exercent dans une clinique sans rendez-vous de la Région 1)
11. Visites dans une clinique sans rendez-vous (clinique de la rue Saint-George)

# Résumé

## 1.0 Introduction

Les affections non urgentes forment habituellement entre 65 et 70 % de toutes les visites dans les services d'urgence, mais il faut s'interroger sur la pertinence réelle de toutes ces visites. Certaines de ces visites non urgentes semblent avoir un caractère « discrétionnaire » (symptômes grippaux, abrasions mineures, etc.) et on pourrait vraisemblablement les réduire ou les reporter afin de mieux utiliser les ressources des services d'urgence pour les états plus urgents. Et pourtant, en règle générale, les efforts visant à réduire les visites non urgentes jugées « non nécessaires » par l'imposition d'un ticket modérateur ou l'établissement d'une clinique sans rendez-vous n'ont pas été fructueux.<sup>39</sup> Cela a suscité l'intérêt envers d'autres pistes de solution, comme le triage par téléphone. D'autres méthodes de prestation des soins qui comprennent le triage par téléphone ont connu un certain succès, notamment aux États-Unis, où elles ont apparemment permis de réduire de pas moins de 15 %<sup>40</sup> les visites non urgentes aux services d'urgence.

Dans le but d'établir la faisabilité du concept de triage par téléphone, un projet pilote Télés-Soins/TeleCare<sup>41</sup> a vu le jour au début de janvier 1995. Basé à Moncton, Télés-Soins a débuté comme projet pilote de deux ans qui regroupait les corporations hospitalières de la Région 1, soit celles du Sud-Est et de Beauséjour. Ce rapport d'évaluation brosse un tableau du premier volet de deux ans du projet pilote Télés-Soins, dans la région sanitaire 1, en se conformant au cadre de référence exposé dans la présentation au Comité des politiques et des priorités. Comme nous le

---

<sup>39</sup> Dans le cadre d'un programme de réforme global du réseau de santé introduit en 1968 en Saskatchewan, l'imposition d'un ticket modérateur de 2,00 \$ par visite aux services d'urgence et dans les cliniques externes n'a pas permis de réduire l'utilisation générale des services hospitaliers, abstraction faite d'une baisse de l'utilisation des services par la population âgée et à faible revenu. (R.G. Beck et J.M. Horne, « Study of User Charges in Saskatchewan 1968-71 » in User Charges for Health Services: A Report of the Ontario Council of Health, cité par M. Rachlis et C. Kushner dans Strong Medicine (Harper Collins, 1994), p. 155-157).

<sup>40</sup> Une étude faite par Selby en 1996 a démontré que les patients des HMO qui devaient payer 25 \$ ou 35 \$ lors de chaque visite aux services d'urgence ont effectué moins de visites (une réduction de 15 %) que le groupe témoin, mais que certains de ces patients avaient des diagnostics qui constituaient « souvent une urgence » (p. ex., traumatisme crânien, crise de cellules falciformes, complications d'une grossesse). D'autres questions au sujet de l'efficacité d'un triage par téléphone ont été soulevées par suite d'une étude effectuée en Scandinavie en 1989, étude qui laisse entendre que « le triage a certes permis de réduire l'utilisation ultérieure des services d'urgence chez certains patients dont les besoins n'étaient pas urgents, mais qu'il semblait que les patients qui se rendaient fréquemment aux services d'urgence n'avaient pas été influencés par le triage » (Hansagi et al., cités par Lewis et al., HSURC de la Saskatchewan, p. 6).

<sup>41</sup> Télés-Soins/TeleCare est la raison sociale du service établi au Nouveau-Brunswick et non pas une appellation générale qui désigne le triage par téléphone.

précisons ci-dessous sous la rubrique « Constatations », cette évaluation porte sur le rendement de Télé-Soins en regard du but et des six objectifs opérationnels que voici :

### **But**

Offrir des soins de santé judicieux et économiques aux résidents de la Région 1 qui ont besoin de renseignements sur des symptômes précis pour des affections non urgentes.

### **Principaux objectifs**

1. Mieux faire connaître le service du public pendant le projet pilote.
2. Mieux faire accepter ce service du public (utilisation) pendant le projet pilote.
3. Diminuer le recours aux services d'urgence de la région pour des affections non urgentes.
4. Évaluer le taux de satisfaction des usagers du service.
5. Faire le suivi du nombre de visites aux bureaux des médecins de la Région 1 pendant le projet pilote.
6. Évaluer le coût-efficacité du service offert par le triage au téléphone.

## **2.0 Sources de données**

L'information ayant servi à l'évaluation provient de plusieurs sources principales. Des données brutes téléchargées à intervalles réguliers de la base de données Télé-Soins<sup>42</sup> ont permis d'obtenir des données descriptives de base sur les modalités d'utilisation et de constituer une série d'échantillons aléatoires de clients aux fins de diverses enquêtes sur le taux de satisfaction, réalisées par téléphone pendant le projet pilote. Les services d'urgence locaux ont également fourni de l'information détaillée sur les cas pour les analyses statistiques et les examens périodiques des cas de décisions cliniques prises par Télé-Soins, dans le cadre du processus régulier d'assurance de la qualité. Même s'il y avait suffisamment de données pour la plupart des analyses, certaines données faisaient défaut. Ainsi, on disposait d'informations sur les visites « non urgentes » dans les services d'urgence pour la grande majorité des hôpitaux, d'après le codage exact des affections précises<sup>43</sup>;

---

<sup>42</sup> Un logiciel de couverture nationale Centramax sur DOS a servi pendant la majeure partie des deux années qu'a duré le projet pilote, sauf pendant les dernières semaines, où une version sur Windows a été utilisée.

<sup>43</sup> Ce qui correspondait à la lourdeur des cas : 1 (minimal); 2 (modéré), selon les systèmes de mesure de la charge de travail en vigueur à l'Hôpital Dr Georges-L. Dumont (Programme national

mais on n'a pas pu établir ce degré de précision pour toutes les années à certains hôpitaux (voir le rapport lui-même pour plus de précisions).

### 3.0 Aperçu des méthodes statistiques

Pour établir la mesure dans laquelle Télé-Soins avait atteint les objectifs établis en matière de service, les évaluateurs ont eu recours aux statistiques descriptives comme les fréquences et les moyennes pour schématiser les résultats des enquêtes sur la satisfaction et d'autres données sur l'utilisation du service. Les statistiques déductives ont servi à vérifier les liens et les corrélations susceptibles d'exister entre les variables pertinentes. Ainsi, pour établir la présence de rapports significatifs au plan statistique entre les volumes d'appel à Télé-Soins et les visites non urgentes aux services d'urgence, les évaluateurs ont utilisé les méthodes de régression multidimensionnelle. Ces régressions ont aussi comporté des variables fictives de manière à rendre compte des fluctuations saisonnières et d'autres facteurs qualitatifs de confusion. Aux fins de ces analyses, la signification statistique s'entendait d'un niveau de confiance de 95 % ( $\alpha = 0,05$ ). En plus des analyses de régression, les évaluateurs ont vérifié le coefficient de corrélation de la pertinence clinique des décisions prises par Télé-Soins. On a utilisé pour ce faire un coefficient pondéré alpha de Cronback.

### 4.0 Constatations (par rapport aux objectifs)

1. Le public connaît mieux le service Télé-Soins depuis le début du projet pilote. Selon une enquête effectuée par téléphone auprès des patients non urgents dans les principaux services d'urgence de la Région 1, en octobre 1996, plus de 60 % des patients interrogés dans les services d'urgence connaissaient Télé-Soins.
2. Depuis le début de l'étude, l'acceptation par le public et l'utilisation du nouveau service se sont accrues. Depuis janvier 1995, il y a eu plus de 73 000 appels logés à Télé-Soins. Ce qui correspond en gros à 32 000 nouveaux usagers distincts, ou à environ un résidant sur cinq (soit 18 %). Dans les zones rurales, il semble que les usagers francophones du nord de la Région 1 figurent parmi les plus grands usagers; dans la région de Moncton, les usagers anglophones forment la majeure partie de la clientèle.
3. Une analyse de régression des visites non urgentes par problème énoncé a révélé que Télé-Soins était à l'origine d'un nombre moindre de visites non urgentes aux services d'urgence pour les symptômes grippaux, les abrasions, les contusions et les écorchures, les maux de dos et les douleurs au cou (sans blessure), l'otite moyenne et les complications post-opératoires. Par ailleurs, Télé-Soins serait aussi à l'origine d'un plus grand nombre de visites non

---

d'amélioration de la productivité des hôpitaux) et les services d'urgence dans la ville de Moncton. Ce qui excluait les affections plus graves dont la lourdeur variait de 3 à 5 (soins complexes, soins de longue durée et soins intensifs).



urgentes aux services d'urgence pour les affections non précisées à l'abdomen et à la poitrine, la gastroentérite, l'enlèvement des points de suture, les entorses et les foulures. Au vu de ces résultats, il semblerait que Télé-Soins a entraîné une certaine réduction des visites aux services d'urgence pouvant être reportées, tout en entraînant une utilisation accrue des services d'urgence pour des affections non précisées de douleur à la poitrine et d'autres affections susceptibles d'être mieux traitées dans un service d'urgence. **On ne peut imputer à Télé-Soins une diminution générale du nombre de visites non urgentes dans les services d'urgence; il semblerait même que Télé-Soins soit à l'origine d'une légère hausse des visites non urgentes dans les services d'urgence.** À remarquer toutefois que ce constat peut occulter l'effet réellement positif que Télé-Soins a apparemment eu sur le **trriage des patients**, qu'il a amélioré.

4. Selon toute apparence, les usagers de Télé-Soins sont dans l'ensemble très satisfaits du nouveau service, comparativement au taux de satisfaction envers le service conventionnel offert aux patients non urgents dans les services d'urgence de la région. Selon une enquête sur le taux de satisfaction réalisée auprès des usagers de Télé-Soins en mars 1996, **environ 89 % des usagers se disent « très satisfaits »**, tandis qu'un autre 4 % s'estiment « assez satisfaits ». Environ 44 % des répondants jugent « meilleure que prévue » la qualité du service Télé-Soins, tandis que 50 % estiment que le service est « comme prévu »; 97 % des répondants disent avoir pu se conformer aux directives de Télé-Soins, seulement 2 % disent ne pouvoir les suivre.
5. Selon les données de l'assurance-maladie, depuis janvier 1994, 12 nouveaux omnipraticiens exercent dans la Région 1. Compte tenu des départs à la retraite et du vieillissement du corps médical, les effectifs et la productivité générale en termes de facturation (p. ex., équivalents à temps plein) n'ont toutefois pratiquement pas changé. On ne s'attend également pas à une fluctuation du besoin de soins primaires prodigués en personne par des rendez-vous réguliers au bureau d'un omnipraticien (examen physique) du fait de l'avènement de Télé-Soins. Qui plus est, Télé-Soins devrait surtout avoir des répercussions sur le nombre de visites inattendues effectuées après les heures régulières aux bureaux des omnipraticiens et aux cliniques sans rendez-vous pour des affections non urgentes « pouvant être reportées ». Les visites après les heures régulières aux bureaux d'omnipraticiens dans les zones rurales devraient par ailleurs demeurer pour l'essentiel inchangées, la plupart des patients étant orientés vers les services d'urgence régionaux après les heures régulières. Afin d'examiner l'incidence de Télé-Soins sur les visites aux omnipraticiens et dans les cliniques après les heures régulières, une analyse de régression a servi à vérifier la présence de fluctuations importantes des tendances sous-jacentes. À la lumière de ces deux analyses, qui rendaient aussi compte de la variation saisonnière et des tendances sous-jacentes, aucun lien significatif au plan statistique n'a été observé dans l'un ou l'autre cas. **Il semblerait donc que Télé-Soins n'a aucune incidence sur une augmentation ou une diminution importante du volume de visites aux cliniques sans rendez-vous ou dans les bureaux des omnipraticiens.**



6. a) **Télé-Soins n'a pas diminué le coût des soins de santé dans la province. Il s'agit plutôt de coûts qui s'ajoutent au budget de la santé de la province.** L'augmentation totale du coût directement imputable à Télé-Soins correspondrait donc à la différence entre le coût d'exploitation de 1 330 769 \$ pendant les deux ans qu'a duré le projet pilote et les économies possibles attribuables à l'aiguillage vers des services de soins moins coûteux. Dans l'hypothèse du « meilleur scénario », selon lequel le triage par téléphone aurait eu un grand effet pour ce qui est des aiguillages, comme le montre le Tableau 6, cela donnerait lieu à des économies d'environ 713 000 \$. Dans l'hypothèse du « pire scénario », en vertu duquel Télé-Soins aurait entraîné 9 000 autres visites non urgentes dans les services d'urgence sans que cela ne s'accompagne de changement significatif dans l'utilisation des soins de santé, il y aurait un coût additionnel d'environ 288 000 \$. Selon le scénario retenu, cela pourrait donner une augmentation nette du coût global de 618 000 \$ ou 1 619 000 \$ pour toute la durée du projet pilote (deux ans). Abstraction faite du scénario retenu, il y a eu une augmentation des coûts de prestation des soins de santé pour le Ministère.

**b) Télé-Soins est relativement coût-efficace et offre un bon rendement, comparativement aux autres avenues existantes pour le traitement des symptômes non urgents reportables. (Comparativement à ceux des visiteurs des services d'urgence, les taux de satisfaction accrus indiqués par les usagers de Télé-Soins viennent aussi étayer cette conclusion.)** Les mesures du coût-efficacité se rapportent au coût par unité d'efficacité. Les unités d'efficacité renvoient souvent à des résultats quantifiables en santé en termes d'années d'existence gagnées ou de fonctionnalité accrue (p. ex., plus grande liberté de mouvement), pour différentes options de traitement. Dans ce cas, où l'éventail des affections non urgentes ne présente pas de caractère particulier et se rapporte pour l'essentiel à des situations où la vie de la personne n'est pas en danger, il faut une mesure globale de mesure de l'efficacité. Le nombre d'appels triés par Télé-Soins servira précisément à cette fin (mais exclut les appels de simple demande de renseignements). Les coûts ainsi énoncés se rapporteraient en l'occurrence au ministère de la Santé et des Services communautaires. Pour chacun des deux scénarios, le rapport coût-efficacité s'établirait donc ainsi :

« Meilleur scénario »

coût différentiel net de 618 000 \$ divisé par 64 000 appels en tout = 9,66 \$ par appel trié

« Pire scénario »

coût différentiel net de 1 619 000 \$ divisé par 64 000 appels triés = 25,29 \$ par appel trié.

Dans le « meilleur scénario », le coût marginal par contact non urgent de Télé-Soins est moindre que le coût marginal d'une visite dans une clinique sans rendez-vous (20 \$ pour la consultation d'un omnipraticien), ou que le coût d'une visite non urgente dans un service d'urgence (32 \$ la visite). Dans le « pire scénario », le coût est quand même moins élevé comparativement à une visite non urgente dans un service d'urgence, mais plus élevé comparativement à une visite chez un omnipraticien ou dans une clinique sans rendez-vous.

Il convient de noter à cet égard que Télé-Soins possède certains autres avantages qui n'apparaissent pas directement dans ces rapports coût-efficacité, comme nous l'indiquons ci-dessous dans la section 5.65 et à l'Annexe A. Pour cette raison et parce que le coût d'exploitation marginal de Télé-Soins est appelé à diminuer lorsque le service sera élargi (compte tenu de la loi des économies d'échelle), nous concluons donc que Télé-Soins est relativement coût-efficace.

## 5.0 Recommandations

1. Les protocoles cliniques de source américaine du logiciel « Centramax » utilisés par Télé-Soins peuvent ne pas toujours coïncider avec la pratique standard en vigueur au Canada. C'est pourquoi il faudrait toujours réaliser des études de cas des diverses affections particulières et vérifier s'il y a lieu d'améliorer les lignes directrices cliniques de « Centramax » (le Ministère ne possède pas pour l'instant d'exemplaire des lignes directrices mises en oeuvre par la firme Clinidata, au nom de Télé-Soins, pour des raisons de restrictions apparemment liées au droit d'auteur).
2. L'évaluation a révélé que plusieurs identités différentes ont été attribuées à environ 7 % des usagers de Télé-Soins, d'après des personnes inscrites deux fois. Il y a là un problème de qualité des données auquel il faudrait remédier par une opération mensuelle de « fusion et d'élégage » des données du fichier. On évitera ainsi la redondance d'identification des cas.
3. La base de données du logiciel Centramax sert à consigner l'information par nom d'usager et appel, mais il n'y a aucun champ de renvoi aux soins analogues déjà dispensés. Une personne, par exemple, pourrait appeler deux fois dans la même journée à propos du même sujet. Il serait avisé de créer un nouveau champ qui servirait à établir si l'usager appelle au sujet d'un « nouveau symptôme » ou s'il s'agit simplement du suivi d'un appel précédent.
4. Il n'a pas été possible d'identifier environ 6 % des usagers de Télé-Soins désignés aux fins de l'étude des cas à l'aide de la base de données de l'assurance-maladie pour la Région 1. Puisque Télé-Soins est un système de cueillette de données client par lequel on consignera en permanence des renseignements à jour selon le lieu du domicile, le fichier de données deviendra plus exact et plus pertinent que la base de données du fichier central de l'assurance-maladie (où la mise à jour des renseignements personnels ne survient qu'au renouvellement de leur carte d'assurance-maladie, à tous les cinq ans). Il faudrait télécharger au Ministère à intervalles réguliers les renseignements actuellement détenus par Télé-Soins sur le lieu de domiciles. Cette information servira aux diverses études épidémiologiques et de planification, en plus de fournir un dénominateur démographique souple (soit une alternative aux estimations produites par Statistique Canada entre les recensements).
5. Un des aspects importants qui détermine l'efficacité du service tient à l'observation par les patients des directives que leur fournissent Télé-Soins. Il est donc recommandé qu'une autre

étude se penche sur l'ampleur des cas de non-observation et leurs causes.

6. Au fur et à mesure que les usagers connaîtront mieux le service Télé-Soins et qu'ils auront davantage confiance dans le service, les soins prodigués à domicile par la clientèle elle-même gagneront vraisemblablement en importance. Il faudrait suivre la situation de près et en rendre compte dans la prochaine étape d'évaluation de Télé-Soins.
7. Compte tenu des réactions positives suscitées, il est recommandé d'envisager l'élargissement du modèle à d'autres régions.



## 1.0 Historique

Les affections non urgentes forment habituellement entre 65 et 70 % de toutes les visites dans les services d'urgence, mais il faut s'interroger sur la pertinence réelle de toutes ces visites. Certaines de ces visites non urgentes semblent avoir un caractère « discrétionnaire » (symptômes grippaux, abrasions mineures, etc.) et on pourrait vraisemblablement les réduire ou les reporter afin de mieux utiliser les ressources des services d'urgence pour les états plus urgents. Et pourtant, en règle générale, les efforts visant à réduire les visites non urgentes jugées « non nécessaires » par l'imposition d'un ticket modérateur ou l'établissement d'une clinique sans rendez-vous n'ont pas été fructueux.<sup>1</sup> Cela a suscité l'intérêt envers d'autres pistes de solution, comme le triage par téléphone. D'autres méthodes de prestation des soins qui comprennent le triage par téléphone ont connu un certain succès, notamment aux États-Unis, où elles ont apparemment permis de réduire de pas moins de 15 %<sup>2</sup> les visites non urgentes aux services d'urgence. Advenant le recours à de telles mesures au Nouveau-Brunswick, une réduction de 15 % de l'utilisation des services d'urgence entraînerait, selon les estimations, des économies de l'ordre de trois à quatre millions de dollars par année dans toute la province.

Ces considérations sont à l'origine d'un service de triage par téléphone au Nouveau-Brunswick connu sous le nom de Télé-Soins/TeleCare. Au départ, Télé-Soins a été conçu comme un service d'information sur les états grippaux.<sup>3</sup> À l'évidence, la plupart des personnes atteintes d'un rhume

---

<sup>1</sup> Dans le cadre d'un programme de réforme global du réseau de santé introduit en 1968 en Saskatchewan, l'imposition d'un ticket modérateur de 2,00 \$ par visite aux services d'urgence et dans les cliniques externes n'a pas permis de réduire l'utilisation générale des services hospitaliers, abstraction faite d'une baisse de l'utilisation des services par la population âgée et à faible revenu. (R.G. Beck et J.M. Horne, « Study of User Charges in Saskatchewan 1968-71 » in User Charges for Health Services: A Report of the Ontario Council of Health, cité par M. Rachlis et C. Kushner dans Strong Medicine (Harper Collins, 1994), p. 155-157).

<sup>2</sup> Une étude faite par Selby en 1996 a démontré que les patients des HMO qui devaient payer 25 \$ ou 35 \$ lors de chaque visite aux services d'urgence ont effectué moins de visites (une réduction de 15 %) que le groupe témoin, mais que certains de ces patients avaient des diagnostics qui constituaient « souvent une urgence » (p. ex., traumatisme crânien, crise de cellules falciformes, complications d'une grossesse). D'autres questions au sujet de l'efficacité d'un triage par téléphone ont été soulevées par suite d'une étude effectuée en Scandinavie en 1989, étude qui laisse entendre que « le triage a certes permis de réduire l'utilisation ultérieure des services d'urgence chez certains patients dont les besoins n'étaient pas urgents, mais qu'il semblait que les patients qui se rendaient fréquemment aux services d'urgence n'avaient pas été influencés par le triage » (Hansagi et al., cités par Lewis et al., HSURC de la Saskatchewan, p. 6).

<sup>3</sup> Des précisions avaient été proposées dans la présentation au Comité des politiques et des priorités du Nouveau-Brunswick.

ou d'une grippe n'ont pas besoin de voir un médecin ou d'un médicament sur ordonnance. Il a donc été suggéré qu'une bonne façon de venir en aide à ce groupe consisterait à évaluer la situation au téléphone, puis à offrir des conseils et à rassurer la personne au besoin. Si l'évaluation téléphonique indique le besoin d'un diagnostic ou d'une intervention thérapeutique, le patient serait alors dirigé vers le service d'urgence ou le médecin de famille. Ultérieurement, il a été établi que le nombre de futurs patients souffrant d'un rhume ou d'une grippe et susceptibles d'utiliser le nouveau service ne représentaient qu'une fraction du nombre total des visites non urgentes dans le service d'urgence. La liste des affections visées par Télé-Soins a donc été élargie, de manière à inclure d'autres états non urgents et à conférer plus de latitude aux modalités d'un service de triage par téléphone véritablement efficace. Les options d'aiguillage vers d'autres services ont également été élargies, afin de tenir compte de la liste plus grande d'affections non urgentes possibles. En outre, on a intégré au système un logiciel de soutien aux décisions afin de rendre plus uniformes les conseils cliniques prodigués.

### 1.1 Buts et objectifs

Dans le but d'établir la faisabilité du concept de triage par téléphone, un projet pilote Télé-Soins/TeleCare<sup>4</sup> a vu le jour au début de janvier 1995. Basé à Moncton, Télé-Soins a débuté comme projet pilote de deux ans qui regroupait les corporations hospitalières de la Région 1, soit celles du Sud-Est et de Beauséjour (voir la carte ci-contre). Le choix de cette région a reposé sur ses caractéristiques démographiques particulières (population mixte de francophones et d'anglophones, en zones rurales et urbaines). Pendant le projet, les caractéristiques de fonctionnement de Télé-Soins ont évolué. La clientèle peut maintenant obtenir les conseils d'un centre anti-poison et il y a eu d'autres améliorations notables en matière de prestation de service, comme l'utilisation du mode « de rappel ».

Ce rapport d'évaluation brosse un tableau du premier volet de deux ans du projet pilote Télé-Soins, dans la région sanitaire 1. Conformément au cadre de référence exposé dans la présentation au Comité des politiques et des priorités, cette évaluation porte sur le rendement de Télé-Soins en regard des buts et des objectifs précis que voici.

#### **But**

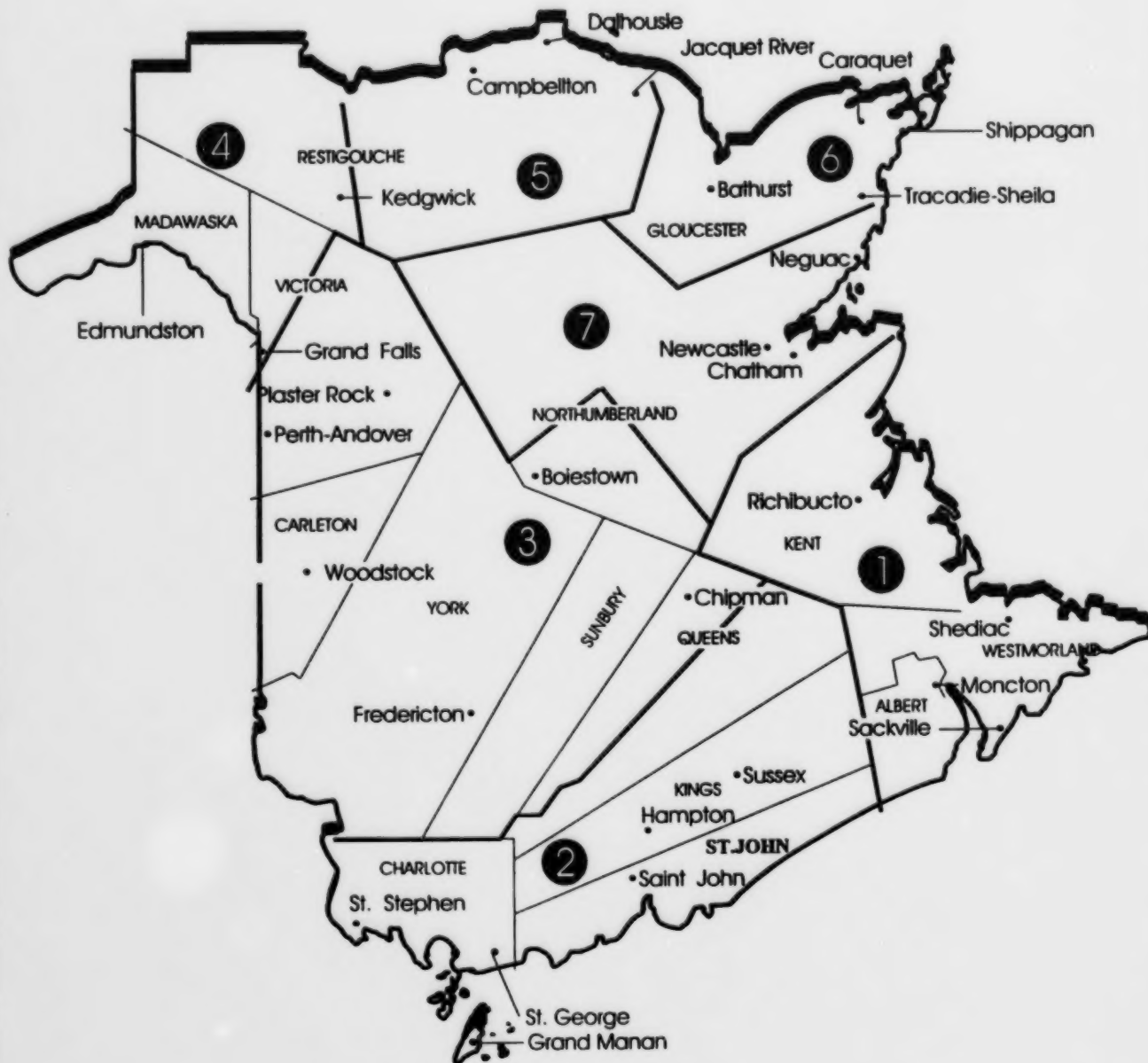
Offrir des soins de santé judicieux et économiques aux résidents de la Région 1 qui ont besoin de renseignements sur des symptômes précis pour des affections non urgentes.

---

<sup>4</sup> Télé-Soins/TeleCare est la raison sociale du service établi au Nouveau-Brunswick et non pas une appellation générale qui désigne le triage par téléphone.



# Régions de la santé



---

**Principaux objectifs**

1. Mieux faire connaître le service du public pendant le projet pilote.
2. Mieux faire accepter ce service du public (utilisation) pendant le projet pilote.
3. Diminuer le recours aux services d'urgence de la région pour des affections non urgentes.
4. Évaluer le taux de satisfaction des usagers du service.
5. Faire le suivi du nombre de visites aux bureaux des médecins de la Région 1 pendant le projet pilote.
6. Évaluer le coût-efficacité du service offert par le triage au téléphone.

**1.2 Qu'est-ce que Télé-Soins/TeleCare?**

Télé-Soins/TeleCare est un service de triage par téléphone bilingue qui a pour principal objet d'offrir un autre mode de prestation des soins pour les patients ayant une affection non urgente ne nécessitant pas une attention médicale immédiate<sup>5</sup> (voir le dépliant sur la page ci-contre). En offrant des conseils opportuns sans frais d'interurbain aux patients en regard des divers symptômes énoncés, les infirmières expérimentées en urgence de Télé-Soins rassurent les patients, leur donnent des directives précises ou les orientent vers le service d'urgence, le médecin de famille ou d'autres services pertinents (par exemple, une pharmacie)<sup>6</sup>. Ce faisant, Télé-Soins espère réduire le nombre

---

<sup>5</sup> Par affection non urgente pouvant être reportée, il faut entendre toute maladie ou blessure qui n'exige pas la mise à contribution des ressources d'un service d'urgence; qui peut exiger ou non une intervention du personnel médical ou infirmier; et pour laquelle un report de traitement de 24 heures n'entraînerait pas de modification appréciable du pronostic d'un patient. Parmi les diagnostics non urgents pouvant être reportés, il y a notamment certaines maladies virales et des douleurs chroniques.

<sup>6</sup> Une infirmière évalue l'information sur les symptômes en regard des protocoles cliniques que contient le logiciel de triage Centramax. À la lumière de cette information, l'infirmière prodiguera l'un des quatre conseils suivants.

- 1) se rendre directement au service d'urgence, au choix du patient;
- 2) communiquer avec le médecin de famille ou le médecin qui prend les appels; ou se rendre à la clinique sans rendez-vous la plus proche;
- 3) suivre des directives particulières et au besoin, communiquer à nouveau avec Télé-Soins pour le suivi; les directives peuvent simplement être « aucune mesure à prendre »;






Vous pensez vous rendre au service d'urgence de votre hôpital?

S'il s'agit d'un cas d'urgence, présentez-vous au service d'urgence. Si vous n'en êtes pas certain, appelez Télé-Soins.

Des infirmières d'urgence expérimentées répondront à votre appel. Une fois vos symptômes évalués, l'infirmière de Télé-Soins vous donnera les renseignements qui vous aideront à prendre une décision. On pourrait vous conseiller :

- de suivre les instructions de l'infirmière;
- de communiquer avec votre médecin de famille ou le médecin en appel;
- de vous rendre au service d'urgence le plus près.

**Appelez Télé-Soins**  **1-800-244-8353**

Télé-Soins est un service bilingue offert par le ministère de la Santé et des Services communautaires.

**Renseignements 24 heures par jour  
Sept jours semaine**

*Pour faciliter votre prise de décision en ce qui  
concerne vos soins de santé.*



Thinking about going to your hospital's Emergency Department?

If it is an emergency, go to the Emergency Department.

If you are not sure, call Tele-Care.

Your call will be answered by experienced emergency nurses. After assessing your symptoms, a Tele-Care nurse will provide information to help you decide what to do.

This advice may include:

- following the nurse's instructions
- contacting your family doctor or the doctor on call
- going to the nearest Emergency Department

**Call Tele-Care**  **1-800-244-8353**

Tele-Care is a bilingual service provided by the Department of Health and Community Services.

**24 hour information  
7 days a week**

*Helping you make appropriate health care decisions*

de visites non urgentes évitables dans les services d'urgence, tout en améliorant l'accès rapide aux conseils pour les affections non urgentes<sup>7</sup>.

La promotion de Télé-Soins a fait appel à divers événements publicitaires et méthodes d'annonce dans les médias. En février 1995, des lettres d'invitation et des autocollants où figuraient le numéro sans frais du service ont été envoyés par la poste à tous les ménages de la région.<sup>8</sup> Cet envoi en nombre s'est accompagné d'une vaste campagne publicitaire dans les médias par le Ministère, ainsi que d'interventions à la télévision et à la radio de la coordonnatrice de Télé-Soins. D'autres campagnes d'affiches et de promotion ont également eu lieu à intervalles réguliers. Elles visaient les groupes religieux, les étudiants universitaires et d'autres secteurs de la population.

Le 30 avril 1996, TeleMedicine Canada a tenu une séance spéciale consacrée au service Télé-Soins et télédiffusée au Canada et aux États-Unis, ce qui a permis de mieux faire connaître le service auprès des groupes cliniques et d'autres parties intéressées.

### 1.3 Historique de Télé-Soins (Phase I)

Fév. 1994 Dans son discours du Trône, le gouvernement établit le besoin de rechercher de nouvelles possibilités d'amélioration du rôle des fournisseurs de services, grâce à d'autres modes de fonctionnement, comme des services d'information sur les états

4) prendre un rendez-vous ordinaire avec le médecin de famille afin de remédier au problème.

<sup>7</sup> Les services infirmiers offerts au téléphone peuvent comprendre un certain nombre d'activités, qui vont de la gestion des maladies chroniques, aux interventions en santé publique, ou à d'autres types d'interventions infirmières. Toutefois, le mandat particulier de Télé-Soins est plus restreint. L'ouvrage de recherche de Roberts et al. comprend un examen critique de l'efficacité et de l'efficacité des divers modèles de soutien infirmier au téléphone. Par ailleurs, un nouveau magazine électronique consacré à la nouvelle spécialité des soins infirmiers par téléphone a récemment vu le jour dans Internet. On y décrit certaines tendances récentes aux États-Unis (l'URL est <http://ally.ios.com/~webster/index.html>). Un autre exemple de services infirmiers téléphoniques intégrés nous vient du Québec. Info-Santé est un service intégré de soins infirmiers et de soins primaires dans les centres locaux de services communautaire (CLSC). Pour une évaluation du service Info-Santé, consulter la bibliographie.

<sup>8</sup> Le 28 février 1995, des cartes de promotion de Télé-Soins ont été distribuées par la poste aux résidents de la région de Moncton (N=23 740), puis le 2 mars aux résidents de Riverview et Dieppe (N=15 424). Enfin, le 7 mars, des cartes ont été envoyées à d'autres résidents en zone rurale de la Région 1 (N=26 470).

- grippaux.
- Juin 1994 Le Comité des politiques et des priorités approuve l'établissement d'un programme pilote de triage par téléphone pendant une période de deux ans dans la Région 1.
- Jan. 1995 Télé-Soins débute ses activités.
- 28 fév.  
1995 Envoi en nombre de coupons de promotion par la poste aux résidents de la Région 1.
- Août 1995 Le premier ministre McKenna annonce l'élargissement de Télé-Soins à toutes les régions de la province dans le cadre de la politique provinciale sur la santé.
- Nov. 1995 Lancement du service « Dr. Direct », grâce auquel les patients peuvent obtenir des conseils médicaux immédiats d'un médecin 24 heures sur 24. À première vue, ce nouveau service s'apparente à Télé-Soins, mais il s'agit d'un service non assuré par l'assurance-maladie et ses frais d'utilisation sont portés à la facture de téléphone du client (3,99 \$ la minute, les taxes en sus).
- Janv. 1996 Ajout des services d'un centre anti-poison à Télé-Soins.
- Nov. 1996 Le service « Dial-a-Doc » (« Dr. Direct ») met fin à ses activités en raison de la demande insuffisante (émission CBC Radio Noon - 27 novembre 1996); le volume des appels s'établissait selon toute vraisemblance à environ 150 appels par mois.
- 19 nov.  
1996 Un banc d'essai du système de rappel indique une grande réduction du nombre d'appels abandonnés.
- 19 déc.  
1996 Implantation à Télé-Soins du logiciel Centramax pour Windows 95; ce logiciel offre des possibilités accrues et une saisie des données plus rapide.
- 5 janv.  
1997 Fin de la phase I du projet pilote dans la Région 1.
- Remarque : En août 1995, le premier ministre a annoncé l'élargissement à toute la province du programme Télé-Soins. Ce qui n'a toutefois pas eu lieu avant la fin de la durée officielle de deux ans du projet pilote dans la Région 1.

## 2.0 Sources des données de l'étude

L'information ayant servi à l'évaluation provient de plusieurs sources principales. Des données brutes téléchargées à intervalles réguliers de la base de données Télé-Soins<sup>9</sup> ont été fournies aux évaluateurs en format ASCII fixe pour leur analyse ultérieure, à l'aide du logiciel statistique SPSS. On a pu de la sorte obtenir des données descriptives sur les modalités d'utilisation. Les données de Télé-Soins ont aussi permis de constituer une série d'échantillons aléatoires de clients aux fins de diverses enquêtes sur le taux de satisfaction réalisées par téléphone pendant le projet pilote. Les services d'urgence locaux ont également fourni de l'information pour les analyses statistiques et les examens périodiques des cas de décisions cliniques prises par Télé-Soins, dans le cadre du processus régulier d'assurance de la qualité.

Même s'il y avait suffisamment de données pour la plupart des analyses, certaines données faisaient défaut. Ainsi, on disposait d'informations sur les visites « non urgentes » dans les services d'urgence pour la grande majorité des hôpitaux, d'après le codage exact des affections précises; mais on n'a pas pu établir ce degré de précision dans les informations sur les visites au service d'urgence de l'hôpital de Sackville.<sup>10</sup> Les visites non urgentes ont été estimées à 84 % des visites observées au service d'urgence de cet établissement, à l'aide d'une enquête ponctuelle réalisée entre le 8 décembre 1994 et le 13 janvier 1995. En outre, les enquêteurs n'avaient pas de données antérieures à 1994 sur les visites non urgentes au service d'urgence de l'hôpital Sainte-Anne-de-Kent, bien que l'on dispose de données sur le nombre total de visites aux services d'urgence tirées des rapports de HS1 à Statistique Canada. Le nombre de visites non urgentes dans ce service d'urgence a ainsi été évalué d'après un taux de visites non urgentes de 76 %, tel qu'observé en 1994. Il s'agit là d'une évaluation très prudente, car au fil des mois, la tendance à la hausse des consultations externes a eu pour effet de réduire la proportion des visites non urgentes dans le nombre total de visites aux services d'urgence.

Concernant le service d'urgence de l'Hôpital Dr Georges-L. Dumont, le suivi des visites non urgentes n'a été connu qu'à partir de 1994, exception faite d'une période de neuf mois en 1992, en se fondant sur les données administratives de l'établissement. Les données chiffrées annuelles de

---

<sup>9</sup> Un logiciel de couverture nationale Centramax sur DOS a servi pendant la majeure partie des deux années qu'a duré le projet pilote, sauf pendant les dernières semaines, où une version sur Windows a été utilisée.

<sup>10</sup> Ce qui correspondait à la lourdeur des cas : 1 (minimal); 2 (modéré), selon les systèmes de mesure de la charge de travail en vigueur à l'Hôpital Dr Georges-L. Dumont (Programme national d'amélioration de la productivité des hôpitaux) et les services d'urgence dans la ville de Moncton. Ce qui excluait les affections plus graves dont la lourdeur variait de 3 à 5 (soins complexes, soins de longue durée et soins intensifs).

1992 pour les visites non urgentes ont donc fait l'objet d'une extrapolation à partir de la moyenne de 103 visites non urgentes par jour observés de mars à décembre 1992. Pour l'année 1993, dans ce même établissement, le nombre de visites non urgentes provient des rapports de HS1 (Statistique Canada), et du taux d'interpolation de 74 % des visites non urgentes, établi en regard des taux observés en 1992 (78 %) et en 1994 (69 %).

### 3.0 Aperçu des méthodes statistiques

Pour établir la mesure dans laquelle Télé-Soins avait atteint les objectifs établis en matière de service, les évaluateurs ont eu recours aux statistiques descriptives et aux statistiques déductives. Les statistiques descriptives comme les fréquences et les moyennes ont servi à schématiser les résultats des enquêtes sur la satisfaction et d'autres données sur l'utilisation du service. Les statistiques déductives ont servi à vérifier les liens et les corrélations susceptibles d'exister entre les variables pertinentes. Ainsi, pour établir la présence de rapports significatifs au plan statistique entre les volumes d'appel à Télé-Soins et les visites non urgentes aux services d'urgence, les évaluateurs ont utilisé les méthodes de régression multidimensionnelle. Ces régressions ont aussi comporté des variables fictives de manière à rendre compte des fluctuations saisonnières et d'autres facteurs qualitatifs de confusion. Aux fins de ces analyses, la signification statistique s'entendait d'un niveau de confiance de 95 % ( $\alpha = 0,05$ ). En plus des analyses de régression, les évaluateurs ont vérifié le coefficient de corrélation de la pertinence clinique des décisions prises par Télé-Soins. On a utilisé pour ce faire un coefficient pondéré alpha de Cronback.



## 4.0 PROFIL DES USAGERS DE TÉLÉ-SOINS

### 4.1 L'appel typique

Dès qu'une personne appelle Télé-Soins, l'appel est acheminé électroniquement soit à l'Hôpital Dr Georges-L. Dumont, soit à l'Hôpital de Moncton. L'acheminement repose pour l'essentiel sur le choix de l'usager quant à la « langue de service préférée » : les appels de francophones sont uniquement acheminés vers l'Hôpital Dr Georges-L. Dumont, tandis que ceux des anglophones le sont vers l'Hôpital de Moncton, dans la mesure où une des trois lignes en service demeure libre<sup>11</sup>. Si le service Télé-Soins de l'Hôpital de Moncton devient occupé, les autres appels d'anglophones sont acheminés vers celui de l'Hôpital Dr Georges-L. Dumont.

S'il y a peu d'appels, chaque appel est pris un à la fois, dans l'ordre d'arrivée. Si le service devient plus achalandé (en soirée, par exemple), une infirmière de triage de Télé-Soins prend l'appel et demande à l'interlocuteur si on peut le rappeler<sup>12</sup>. Dans les cas plus rares où il n'est pas possible de rappeler la personne, ou si un service immédiat est requis, l'infirmière inscrit la personne et offre immédiatement le service. La plupart des personnes qui appellent Télé-Soins ne reçoivent cependant pas le service au premier contact; on les rappelle plutôt dans les 10 à 15 minutes qui suivent. C'est à ce moment que l'infirmière note les renseignements personnels et dispense le service.<sup>13</sup> Cette approche du rappel permet selon toute vraisemblance de réduire de manière importante le nombre d'appels abandonnés et de maintenir le taux de satisfaction des usagers.

À l'origine, le service Télé-Soins devait être un service offert 24 heures sur 24, mais en réalité il a

---

<sup>11</sup> Les deux emplacements ont été regroupés en un seul point de service dès que Clinidata a commencé ses activités dans la Région 1 le 6 janvier 1997.

<sup>12</sup> Cette approche du « triage par le rappel » est utilisée à l'Hôpital de Moncton depuis le mois de mars 1996, et à l'Hôpital Dr Georges-L. Dumont depuis le mois de novembre de la même année. Avant cette date, le personnel infirmier répondait aux appels selon le principe premier arrivé, premier servi et offrait le service sur le champ, tandis que les autres clients en ligne étaient mis en attente. Cette approche a entraîné un nombre relativement élevé d'appels abandonnés et a été rejetée pour cette raison au profit de la méthode du rappel.

<sup>13</sup> Selon une enquête réalisée au service de l'Hôpital de Moncton en mars 1996, environ 6 % des personnes qui appelaient ne pouvaient être rappelées et avaient besoin d'un service immédiat en ligne. Pour ce qui est des appels non traités immédiatement, le délai moyen du rappel s'établissait à environ 5 minutes, 90 % des rappels survenant dans les 15 minutes suivant l'appel initial.

fonctionné depuis le début selon un horaire de 7 h 00 à 1 h 00 pour la majeure partie des deux ans qu'a duré le projet pilote<sup>14</sup>. Depuis, le service fonctionne 24 heures sur 24, après que la responsabilité de la gestion quotidienne du service soit passée de la Région 1 à Clinidata. Comme on peut le voir à la **Figure 1**, la plupart des appels surviennent en soirée, entre 17h00 et 22h00. L'éventail de décisions prises au téléphone dans le cadre de Télé-Soins apparaît à la **Figure 2** et vaut pour toute la durée du projet pilote, soit deux ans.

La plupart des appels reçus concernent des soins pédiatriques, et les plaintes les plus courantes ont trait aux symptômes de grippe chez les enfants. Les 20 symptômes les plus fréquents sont énumérés ci-dessous par ordre d'importance, en fonction du nombre de fois qu'on a eu recours aux lignes directrices cliniques pertinentes en mars et avril 1996 :

	<u>Fréquence</u>		<u>Fréquence</u>
1. Vomissements - enfants	168	11. Entorse	81
2. Fièvre - enfants	154	12. Rhumes - enfants	78
3. Diarrhée - enfants	153	13. Douleurs du bas du dos	73
4. Toux - enfants	148	14. Douleur abdominale - enfant	71
5. Diarrhée - adulte	147	15. Varicelle - enfant	71
6. Douleur thoracique	145	16. Constipation - enfant	65
7. Douleur abdominale soudaine	139	17. Traumatisme crânien - enfant	62
8. Mal de tête	93	18. Mal de gorge	62
9. Saignements vaginaux	91	19. Vomissement soudain	61
10. Toux - adulte	86	20. Otalgie - enfant	60

#### 4.2 L'utilisateur typique

Plus de 70 % des personnes qui utilisent Télé-Soins sont des femmes<sup>15</sup>. Comme le montre la **Figure 3**, l'utilisateur typique est une mère au début de la trentaine — ce qui reflète le fait que bon nombre des appels reçus concernent des soins pédiatriques. Environ 41 % des usagers du service téléphonent en

<sup>14</sup> Jusqu'en mars 1995, il n'y avait en moyenne que 4 à 5 appels par quart de nuit entre 1 h 00 et 7 h 00. Donc, pour augmenter le personnel en soirée, le quart de nuit a été supprimé et les appels de nuit plutôt acheminés vers les services d'urgence de l'Hôpital Dr Georges-L. Dumont et de l'Hôpital de Moncton, selon la langue de service indiquée par l'utilisateur.

<sup>15</sup> Un grand nombre d'enfants sont inscrits au service par des parents qui font une demande de leur part. La répartition de ces enfants est égale entre les sexes; ainsi, le pourcentage de clients du sexe féminin qui sont inscrits baisse à environ 65 % du total -- soit moins que chez les usagers de Télé Soins.

leur propre nom, tandis qu'approximativement 41 % téléphonaient pour un enfant, tandis qu'un autre 13 % des usagers téléphonaient pour une autre personne adulte (voir l'**Annexe F** pour plus de détails).

Il est intéressant de comparer les caractéristiques socio-économiques des usagers de Télé-Soins avec celles de la population générale dans la région sanitaire 1. Au chapitre de l'**emploi**, la situation des usagers de Télé-Soins se compare à celle de la population de base du recensement. La **Figure 4** indique qu'environ 55% des usagers de Télé-Soins travaillaient à temps plein ou à temps partiel en juillet 1995, comparativement à 55 % des résidents de la Région 1 âgés de 15 ans et plus qui occupaient un emploi au recensement de 1991. L'enquête a établi qu'environ 9 % des usagers de Télé-Soins étaient sans emploi, comparativement à 9 % des personnes recensées en 1991, âgées de 15 ans et plus.

En matière de **scolarité**, les usagers de Télé-Soins semblent mieux instruits que l'ensemble de la population. Seulement environ 26 % des usagers de Télé-Soins n'ont pas terminé leurs études secondaires, comparativement à 44 % des résidents de la Région 1 recensés en 1991 et âgés de 15 ans et plus. Du reste, 27 % des usagers de Télé-Soins ont obtenu un diplôme d'études secondaires, comparativement à seulement 13 % de la population recensée et âgée de 15 ans et plus.



## 5.0 RÉSULTATS PAR OBJECTIF

### 5.1 Mieux faire connaître ce service du public pendant le projet pilote

La promotion de Télé-Soins a pris la forme de divers événements publicitaires et différentes interventions dans les médias (voir la section 1.2). Par ces efforts, on a voulu mieux faire connaître le service parmi les groupes cliniques et l'ensemble de la population. Pour évaluer la connaissance qu'avait le public de ce service, une question a été ajoutée au formulaire d'inscription des principaux services d'urgence de la région afin de déterminer le pourcentage des usagers qui avaient déjà entendu parler de Télé-Soins. De juin 1995 à avril 1996, le taux de connaissance de Télé-Soins chez les usagers des services d'urgence a augmenté, passant de 46 % à 80 % à l'Hôpital de Moncton, et de 42 % à 52 % à l'Hôpital Dr Georges-L. Dumont. (En octobre 1996, la connaissance du service à l'Hôpital Dr Georges-L. Dumont avait atteint 59 %; soit tout de même 20 % de moins que le taux de l'Hôpital de Moncton -- pour lequel des données plus récentes font défaut). Puisque les usagers des services d'urgence qui présentent des symptômes non urgents pouvant être reportés forment un groupe cible important du service Télé-Soins, il est primordial qu'ils connaissent bien l'existence du service.

Les écarts observés entre les deux hôpitaux tiennent sans doute à un certain nombre de facteurs à approfondir ultérieurement. D'autant plus que la gestion quotidienne de Télé-Soins ne relève plus d'un hôpital en particulier. Il importe donc de sensibiliser davantage le personnel hospitalier et les patients (promotion directement dans les services d'urgence) quant à l'utilisation judicieuse des services de Télé-Soins.

Comment les gens entendent-ils initialement parler de Télé-Soins? Selon les données d'une enquête sur le taux de satisfaction réalisée en juillet 1995, la **Figure 5** indique que la plupart des personnes ont entendu parler de Télé-Soins par l'une des sources suivantes : le personnel d'un service d'urgence leur a signalé son existence (25 %); ils ont reçu une carte par la poste où figurait un numéro de téléphone (23 %); par la famille ou des amis (20 %). Relativement peu de personnes ont entendu parler du service en lisant les journaux (8 %) ou par des annonces générales et des affiches (4 %). Ce qui met en lumière l'efficacité relative de la promotion directe, par la poste et dans les services d'urgence lorsqu'il s'agit de mieux faire connaître le service dans l'ensemble de la population.

En ce qui a trait à l'ensemble de la population, le nombre accru d'appels à Télé-Soins depuis l'implantation du service tendrait à démontrer qu'un plus grand nombre de personnes connaissent le service. Il semble donc que le service est effectivement mieux connu du public depuis le lancement du projet pilote.

## 5.2 Mieux faire accepter le service par le public (son utilisation) pendant le projet pilote

Pour atteindre cet objectif, il y a eu un suivi pendant un certain temps des taux d'utilisation des nouveaux usagers et des personnes qui rappellent. Comme l'illustre la **Figure 6**, il y a eu un accroissement constant du nombre de résidents de la Région 1 qui utilisent le service Télé-Soins; plus de 32 000 nouveaux usagers sont inscrits au service (soit environ 18 % de la population de base ou un résident sur cinq). Le nombre d'usagers qui ont appelé à plus d'une reprise a aussi augmenté de manière constante, 82 % des usagers de décembre 1996 ayant déjà appelé le service (la durée moyenne d'un appel au cours de ce mois était d'environ 10 minutes, approximativement 17 % des appels ayant été abandonnés<sup>16</sup>).

Parmi les usagers des services d'urgence, les résultats de l'enquête pour avril 1996 indiquent qu'environ 51 % des usagers non urgents du service d'urgence de l'Hôpital de Moncton et 32 % des usagers non urgents du service d'urgence de l'Hôpital Dr Georges-L. Dumont avaient auparavant utilisé Télé-Soins.

L'utilisation comparative du service par les diverses localités, exprimée en tant que pourcentage de la population de base nous donne un indice des taux de pénétration du service dans les divers secteurs de la Région 1. De même, ces données pourraient être étudiées en regard de la composition linguistique régionale, selon les chiffres du recensement de 1991. Le **Tableau 1** donne les taux d'appel par millier de personnes, par localité et pour les quatre derniers mois de 1996. Les taux de pénétration demeurent plus élevés dans certains secteurs de la région, comparativement à d'autres endroits, ce qui tient peut-être aux incidences des divers outils de promotion. Il semble que les résidents de la zone rurale du nord de la région (dont la langue maternelle est surtout le français) soient pour le moment les usagers les plus nombreux du service; tandis que les résidents de la zone rurale du sud de la région (dont la langue maternelle est surtout l'anglais) figurent parmi les usagers les moins nombreux. Cet écart pourrait s'expliquer par des différences socio-économiques inhérentes ou à une variété d'autres facteurs à approfondir ultérieurement.

Par ailleurs, selon les données du recensement de 1991, environ 35% de la population de base de la région métropolitaine de Moncton a indiqué « français uniquement » comme langue maternelle. Ce qui se compare à seulement 27 % des usagers de Télé-Soins dans la région de Moncton qui ont indiqué leur préférence pour le service en français lorsqu'ils ont communiqué avec Télé-Soins. Eu égard à la qualité bilingue des usagers et compte tenu du peu de renseignements offerts sur la « langue de service préférée » dans le système de boîte vocale, il n'est toutefois pas possible de tirer

---

<sup>16</sup> Certains de ces usagers ont pu accéder au personnel de Télé-Soins au deuxième appel. Le taux des appels abandonnés peut donc comprendre un certain nombre de personnes qui ont rappelé.

---

des conclusions définitives quant au taux de pénétration chez les anglophones et les francophones de la région métropolitaine de Moncton. Ainsi, il se peut fort bien que des francophones bilingues aient appris à éviter la mise en attente en choisissant l'option « Anglais » du service téléphonique, dès que la ligne du service en français devenait engagée.

### 5.3 Diminuer l'utilisation des services d'urgence pour les affections non urgentes

Télé-Soins a eu certains effets notables sur les cas non urgents dans les services d'urgence de la Région 1, en particulier pour ce qui est des symptômes grippaux. En d'autres mots, la fonction de triage par téléphone semble évoluer dans le bon sens. Cette conclusion s'appuie sur une analyse de covariation réalisée à l'aide des données de l'Hôpital de Moncton, qui visait à examiner les variations mensuelles des cas non urgents au service d'urgence, par symptômes et en regard des volumes d'appel mensuels à Télé-Soins.

Des techniques de régression ont servi à éliminer l'effet de confusion de la variation saisonnière, de manière à permettre l'examen des tendances et des relations sous-jacentes associées à des symptômes précis (pour d'autres précisions, voir l'Annexe C). À cette fin, des données mensuelles ont été obtenues de l'Hôpital de Moncton pour la période comprise entre avril 1991 et juillet 1996, et se rapportant à plus de 200 cas non urgents de symptômes énoncés au service d'urgence. De cet examen, deux groupes de symptômes se dégagent comme significatifs au plan statistique (niveau de confiance de 95 %); en l'occurrence les symptômes énoncés moins nombreux imputables à une fluctuation des appels à Télé-Soins; et les symptômes énoncés plus nombreux imputables à une fluctuation des appels à Télé-Soins<sup>17</sup>. Dans le premier cas, l'effet négatif laisse entendre qu'un accroissement du nombre d'appels à Télé-Soins correspondrait à un nombre moindre de visites aux services d'urgence pour des cas non urgents. Ce premier groupe comprend les symptômes énoncés particuliers que voici :

- symptômes grippaux<sup>18</sup>
- abrasions, contusions et écorchures
- maux de dos (aucune blessure)
- douleur au cou (aucune blessure)
- otite moyenne (infection de l'oreille interne)
- complications post-opératoires

---

<sup>17</sup> Il semble que Télé-Soins n'ait aucune incidence sur un autre groupe important de symptômes, ou ne correspondait pas au seuil d'inclusion de 95 % retenu comme critère de signification statistique.

<sup>18</sup> Cette affection particulière se composait en fait d'un groupe de divers symptômes énoncés, dont la grippe, l'infection des voies respiratoires supérieures, la bronchite, la fièvre non encore diagnostiquée, l'angine, l'essoufflement ou la toux, la congestion ou la toux, l'angine streptococcique, les douleurs multiples, ainsi que des maladies virales.

Dans le deuxième cas, l'effet positif laisse entendre qu'à un accroissement du nombre d'appels à Télé-Soins correspondrait un nombre accru de visites aux services d'urgence pour des cas non urgents. Ce deuxième groupe comprend les symptômes énoncés particuliers que voici, dont plusieurs exigent soit du matériel de diagnostic, soit un diagnostic rapide sur place :

- malaise à la poitrine non précisé
- malaise abdominal non précisé
- gastroentérite
- entorses et foulures
- enlèvement des points de suture

Considérés ensemble, ces résultats semblent indiquer que Télé-Soins aurait eu comme tendance à réduire les visites pouvant être reportées aux services d'urgence pour des cas non urgents, tout en augmentant l'utilisation pour les cas de malaise à la poitrine non précisé et d'autres symptômes susceptibles d'être mieux examinés rapidement dans un service d'urgence. Ces résultats ne prouvent aucunement que Télé-Soins est à l'origine de modalités d'utilisation plus efficaces, il n'en demeure pas moins que l'orientation des changements et les modalités d'utilisation des ressources cliniques par symptôme semblent aller dans le sens des résultats escomptés de ce type de service de triage<sup>19</sup>.

Abstraction faite de ces considérations, il faut par ailleurs évaluer l'effet net global du triage par téléphone afin d'établir le coût-efficacité globale du service. Pour ce faire, il importe d'évaluer l'ensemble des volumes d'appel pour des visites non urgentes dans les services d'urgence et tenter de suivre les fluctuations des tendances sous-jacentes.

Avant le début effectif du projet pilote, on avait estimé que pas moins de 33 186 visites non urgentes par année dans les services d'urgence pourraient être traitées par le seul service Télé-Soins, eu égard aux 30 % des visites non urgentes enregistrées en 1991-1992 dans la Région 1<sup>20</sup>.

<sup>19</sup> Pour les autres hôpitaux de la Région 1, aucune donnée comparative par symptôme énoncé n'était disponible; ces résultats ne s'appliquent donc pas nécessairement de façon uniforme à l'ensemble de la région pilote.

<sup>20</sup> Il faut rappeler que Télé-Soins n'avait pas comme objectif de réduire le nombre de visites urgentes ou d'urgences immédiates dans les services d'urgence; il est donc erroné d'envisager soit le « nombre total de visites aux services d'urgence », soit le « pourcentage des visites non urgentes aux services d'urgence » comme baromètre des effets de Télé-Soins. Dans le dernier cas, le nombre de visites urgentes et d'urgences immédiates aux services d'urgence a dans l'ensemble augmenté au fil des mois en raison de l'accroissement des chirurgies d'un jour et des consultations externes, dont la proportion



De ce nombre, 75 % ou 25 000 visites aux services d'urgence devaient ne plus du tout avoir lieu, bien qu'un certain nombre de cas puisse exiger un suivi ultérieur par un médecin de famille. Ce taux global de réduction n'a toutefois pas été atteint, et il peut y avoir plusieurs raisons à cette situation.

Premièrement, la proportion des visites non urgentes dans les services d'urgence pouvant effectivement être reportées peut ne pas avoir atteint le seuil initialement envisagé de 30 % du nombre total des visites non urgentes dans les services d'urgence, ou il se peut qu'on ait sous-estimé le nombre d'usagers qui n'ont pas eu recours au service vers lequel le personnel de Télé-Soins les avait dirigés. Deuxièmement, en raison de l'absence de cliniques sans rendez-vous ouvertes après les heures régulières dans certaines zones rurales de la région, les infirmières de Télé-Soins peuvent très bien n'avoir eu d'autre choix que d'aiguiller certains de ces cas « cliniques » vers les services d'urgence, étant donné le besoin apparent d'un accès rapide aux services en dehors des heures régulières de bureau des médecins. Troisièmement, la tendance aux congés hâtifs des hôpitaux et le plus grand nombre de cliniques externes peuvent avoir entraîné une hausse du volume des visites de cas non urgents aux services d'urgence en raison du besoin de services de suivi imprévus ou de demande de renseignements survenant après le congé. Enfin, il peut y avoir eu une hausse de la demande latente des services offerts aux cas non urgents dans les services d'urgence qui ne seraient jamais survenus sans l'apport de Télé-Soins. Par exemple, certaines personnes aux symptômes non diagnostiqués comme une douleur à la poitrine ne se seraient jamais présentées à l'urgence sans les directives en ce sens des infirmières de Télé-Soins.

Il semblerait que l'on assiste à une diminution du nombre de visites non urgentes aux services d'urgence depuis l'établissement de Télé-Soins, mais à un rythme moindre. Comme le montre le **Tableau 2**, avant l'implantation du service, le nombre de visites non urgentes dans les services d'urgence en 1994 dans la Région 1 s'établissait à environ 113 618. Après le début des activités de Télé-Soins en 1995, ce nombre a chuté à environ 109 505, soit une diminution approximative de 4 100 visites non urgentes pour l'année 1995. Une diminution des visites non urgentes dans les services d'urgence a bel et bien eu lieu; il faudrait toutefois l'envisager en regard de la tendance négative à long terme qui a toujours caractérisé Télé-Soins. Plus précisément, le taux réduit de visites à l'Hôpital de Moncton pour les deux années précédant l'implantation de Télé-Soins se situait à -9,3 %, comparativement à -8,0 % ultérieurement; soit une augmentation relative de +1,3 %. Au deuxième grand hôpital de Moncton, soit l'Hôpital Dr Georges-L. Dumont, les visites non urgentes ont en fait augmenté légèrement en termes absolus par rapport en 1994. Pour l'ensemble de la

---

des visites totales à l'urgence a eu tendance à augmenter. De même, cette situation a entraîné une diminution de la proportion dans les visites non urgentes, malgré le fait que les niveaux des visites non urgentes aux services d'urgence de certains hôpitaux ont augmentés légèrement en terme absolu (l'Hôpital Dr Georges-L. Dumont).

région, le taux annuel moyen de diminution avant l'implantation de Télé-Soins s'établissait à -6,7 %, comparativement à seulement -3,8 % ultérieurement. Ce qui correspond à une augmentation relative de 2,9 % de l'ensemble des visites non urgentes dans les services d'urgence. Ces données apparaissent également sous forme graphique à la **Figure 7**.

Comme l'illustre le **Tableau 2**, le taux annuel moyen de diminution avant l'implantation de Télé-Soins (soit -6,7 %) peut servir à extrapoler les taux d'utilisation per capita pendant les années qui ont suivi la mise en service de Télé-Soins. Les taux d'utilisation prévus qui en résultent pour 1995 et 1996 s'établissent respectivement à 589 et 549 visites non urgentes aux services d'urgence par millier de résidents de la Région 1. Si on applique ces taux prévus à la population de base pour ces deux mêmes années, nous obtenons une estimation des visites non urgentes aux services d'urgence prévus pour chaque année, à savoir 106 701 visites en 1995 et 100 202 visites en 1996. Comparativement aux visites non urgentes aux services d'urgences observées par l'entremise de Télé-Soins, cela correspond à une augmentation relative d'environ 9 000 visites non urgentes aux services des urgences de la région<sup>21</sup>. Il faut toutefois rappeler que ce résultat se fonde sur le changement apparent des tendances sous-jacentes observées en matière de visites non urgentes aux services d'urgence ayant coïncidé avec l'implantation de Télé-Soins. Il se peut que ce changement tienne non pas à Télé-Soins proprement dit, mais à un autre facteur de confusion comme les modèles de pratique médicale (par exemple, moins d'heures de bureau).

Afin de tenter de remédier au problème, les évaluateurs ont examiné l'influence possible des visites aux bureaux d'omnipraticiens sur les visites non urgentes dans les services d'urgence et sur le volume des appels à Télé-Soins. Pour ce faire, les évaluateurs ont eu recours à une autre analyse de régression (pour d'autres précisions, voir l'**Annexe D**).

Comme l'indique le lien positif significatif observé entre les cas non urgents mensuels des services d'urgence et les volumes d'appels mensuels à Télé-Soins, l'activité de Télé-Soins semble avoir été associé à un nombre accru de visites non urgentes aux services d'urgence et non pas à moins de visites. Comme l'illustre l'**Annexe D**, l'équation résultante serait à l'origine d'environ 96 % de la fluctuation constatée dans les visites non urgentes aux services d'urgence; dans l'ensemble elle revêt une signification au plan statistique (niveau de confiance de 99 %). Le coefficient positif du volume d'appels à Télé-Soins est également significatif en soi, et il pourrait laisser entendre que pour chaque nouvel appel logé, le nombre de visites non urgentes aux services d'urgence augmente à raison d'une fraction de visite (0,0856). En d'autres mots, pour 11,7 appels reçus à Télé-Soins, il y a une visite

---

<sup>21</sup> Dans certains cas, on ne connaissait pas le volume des visites non urgentes et il a fallu procéder à une estimation (pour obtenir d'autres précisions à ce sujet, voir la section 2.0 et les notes du Tableau 2).

non urgente de plus dans un service d'urgence. Donc, l'application de ce coefficient au nombre total combiné des appels observés à Télé-Soins pendant les deux années qu'a duré le projet pilote (N=75 248) permet d'établir qu'environ 6 400 visites non urgentes dans les services d'urgence étaient attribuables à Télé-Soins. Une certaine incertitude statistique étant toujours présente (taux d'erreur-type de  $\beta=1$ ), il serait sans doute préférable d'en déduire plutôt une estimation par intervalle. Le cas échéant, le nombre de visites non urgentes supplémentaires dans les services d'urgence imputables à Télé-Soins pourrait varier dans l'ensemble entre 2 000 et 10 000 (intervalle de confiance de 95 %). Cette estimation corrobore l'estimation précédente de 9 000 nouvelles visites non urgentes dans les services d'urgence projetées, par l'extrapolation des tendances antérieures.

Pour conclure, il semble qu'on ne puisse attribuer à Télé-Soins aucune diminution généralisée de visites non urgentes aux services d'urgence. Au contraire, dans l'ensemble, Télé-Soins pourrait être à l'origine d'un nombre légèrement plus élevé de visites non urgentes aux services d'urgence. Ce résultat peut cependant occulter l'effet réellement positif de Télé-Soins sur le triage des patients. Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, l'analyse de régression des visites non urgentes selon les symptômes énoncés a permis de constater que Télé-Soins était à l'origine d'un nombre **moindre** de visites non urgentes dans les services d'urgence pour les états grippaux, les abrasions, les contusions et les écorchures, les maux de dos et les douleurs au cou (sans blessure), l'otite moyenne et les complications post-opératoires. Par ailleurs, il y aurait un nombre **accru** de visites non urgentes pour les affections non précisées à l'abdomen et à la poitrine, la gastroentérite, l'enlèvement des points de suture, ainsi que les entorses et les foulures. Ces résultats semblent indiquer que Télé-Soins a eu une certaine incidence sur la réduction des visites non urgentes à reporter aux services d'urgence, s'accompagnant du même coup d'une utilisation accrue des services d'urgence pour les affections de douleur à la poitrine non précisée et d'autres affections susceptibles d'être mieux traitées dans un service d'urgence. À toutes fins utiles, Télé-Soins a modifié le « type » de visites non urgentes reçues dans les services d'urgences; on y voit désormais davantage un assortiment plus « pertinent » de symptômes énoncés.



#### 5.4 Évaluer le taux de satisfaction des usagers envers le service

Peu après la mise en service de Télé-Soins en janvier 1995, une enquête sur le taux de satisfaction a été réalisée dans les services d'urgence de la Région 1 (voir l'**Annexe E**). Elle a permis d'établir que 63 % des usagers non urgents des services d'urgence étaient « très satisfaits » de la qualité du service à leur dernière visite dans un service d'urgence; tandis que 26 % étaient « assez satisfaits ». Parmi les personnes insatisfaites, une majorité de patients ont indiqué que le délai d'attente dans le service d'urgence était trop long.

Deux enquêtes sur le taux de satisfaction du service Télé-Soins réalisées en juillet 1995 et en mars 1996 ont révélé un taux de satisfaction accru. En juillet 1995, une enquête auprès de 600 usagers de la région a révélé que 86 % d'entre eux se disaient « très satisfaits » de la qualité générale du service, tandis que 12 % étaient « assez satisfaits ».

D'autres détails figurent à l'**Annexe F**. Ils portent sur l'évaluation de certains aspects du service comme la qualité de l'information médicale reçue et la courtoisie de l'infirmière de Télé-Soins.

Cette enquête a été réalisée avant la mise en oeuvre du système actuel de rappel, introduit afin de réduire les délais d'attente en ligne.

En mars 1996, une enquête auprès de 205 usagers a permis d'établir que 89 % des personnes consultées se disaient « très satisfaites » du service, tandis que 4 % étaient « assez satisfaites » (voir l'**Annexe G**). Environ 44 % des répondants trouvaient que la qualité du service Télé-Soins était « mieux que prévue », alors que 50 % estimaient qu'elle était « comme prévue ». Appelés à se prononcer sur le caractère compréhensible et pratique des conseils prodigués par Télé-Soins, 97 % des répondants disaient être en mesure de suivre les instructions du personnel infirmier de Télé-Soins, comparativement à 2 % qui ne pouvaient les comprendre. En ce qui concerne les appels qui n'ont pu être traités immédiatement, le délai moyen de rappel se situait à environ 7 minutes. Par ailleurs, 89 % des usagers estimaient que le délai de rappel n'était pas trop long, tandis qu'environ 6 % estimaient qu'il devrait être moins long.

En bref, il semblerait que les usagers de Télé-Soins sont en général très satisfaits du nouveau service, comparativement au service conventionnel offert aux patients non urgents dans les services d'urgence de la région.

### 5.5 Surveiller le nombre de visites aux bureaux de médecins dans la Région 1

Comme la tendance observée dans la **Figure 8** en rend compte, de 1994 à 1995, le nombre de visites dans les bureaux de médecins omnipraticiens dans la Région 1 est passé respectivement de 482 189 à 499 398, soit une augmentation de 17 209 visites dans la première année d'implantation de Télés-Soins. L'année suivante, toutefois, le nombre de visites dans les bureaux d'omnipraticiens est demeuré presque le même -- 499 997 visites en 1996. La hausse temporaire de 1995 était vraisemblablement attribuable à l'arrivée de nouveaux médecins dans la région, ainsi qu'à la création et l'expansion de plusieurs nouvelles cliniques sans rendez-vous dans la région de Moncton. La croissance démographique pendant la période 1995-1997 n'était que de 1,2 %, ce qui ne saurait expliquer autrement l'augmentation (voir les visites par habitant dans la **Figure 8**).

D'après les données de l'assurance-maladie<sup>22</sup>, depuis janvier 1994, 12 nouveaux omnipraticiens exercent dans la Région 1. Compte tenu des départs à la retraite et du vieillissement du corps médical, les effectifs médicaux et la productivité exprimée par la facturation (équivalents à temps plein) sont toutefois demeurés pratiquement inchangés (voir la **Figure 9**).

On prévoit que les soins primaires conventionnels offerts dans le cadre des visites régulières chez l'omnipraticien ne subiront aucune modification du fait de l'établissement de Télés-Soins (examen de la condition physique, ainsi de suite). Télés-Soins devrait plutôt avoir des incidences sur le nombre de visites effectuées après les heures régulières aux bureaux des omnipraticiens et dans les cliniques sans rendez-vous. Dans la région, les deux seules cliniques ouvertes après les heures régulières se trouvent à Moncton. Il est donc prévu que tous les nouveaux services offerts par les médecins et attribuables à Télés-Soins proviendront surtout de ces deux cliniques.

En zone rurale, les visites après les heures régulières aux bureaux des omnipraticiens devraient également demeurer pour l'essentiel inchangées, la plupart des patients étant orientés vers les services d'urgence les plus proches après les heures régulières<sup>23</sup>.

Dans le but d'examiner les retombées de Télés-Soins sur les cliniques de la région ouvertes après les

---

<sup>22</sup> Communication personnelle de Lynne St.Pierre-Ellis, Assurance-maladie, ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick.

<sup>23</sup> Selon Lucille St-Jules, la coordonnatrice de Télés-Soins, Télés-Soins ne tient pas à jour de listes des omnipraticiens qui font du bureau après les heures régulières; le service orienterait donc en règle générale les patients vers le service d'urgence le plus proche si les services d'un médecin sont requis immédiatement.

heures régulières, les visites mensuelles à la clinique sans rendez-vous de la rue Saint George<sup>24</sup> ont fait l'objet d'une étude comparative avec les volumes d'appels reçus à Télé-Soins, à l'aide d'une analyse de régression. En vertu de cette méthode d'analyse, qui tient compte entre autres de la variation saisonnière et des tendances sous-jacentes, aucun lien statistique significatif n'a été observé (voir l'**Annexe H**). D'après cet examen, il semble que Télé-Soins n'est pas à l'origine d'un plus grand nombre de visites dans les cliniques sans rendez-vous de la Région 1. Il faut cependant nuancer ce résultat, compte tenu de la faible taille de l'échantillon et du fait que les données ne se rapportent qu'à une seule des deux cliniques.

Une autre analyse de régression a servi à interpréter les données sur les visites aux bureaux de médecin facturées à l'assurance-maladie par des médecins de l'une ou l'autre des deux cliniques. Il s'agissait en l'occurrence de vérifier toute fluctuation significative globale du nombre de visites aux bureaux, sans qu'il soit tenu compte de la facturation ou non dans une clinique sans rendez-vous qui fonctionne en dehors des heures régulières. Ici aussi, les résultats n'établissent aucun lien d'importance entre le nombre d'appels mensuel à Télé-Soins et le nombre de visites aux bureaux des omnipraticiens (voir l'**Annexe I**). Ces tendances sont illustrées dans les **Figures 10 et 11**.

Enfin, dans le but d'évaluer la disponibilité des médecins du point de vue des usagers des services d'urgence, une question a été ajoutée aux formules d'inscription des principaux services d'urgence. Il s'agissait de déterminer le pourcentage des usagers de services d'urgence qui avaient tenté de communiquer avec un médecin de famille avant de se rendre au service d'urgence. Comme l'illustre le **Tableau 3**, il ne semble y avoir eu aucune fluctuation à l'Hôpital de Moncton, car 92 % des usagers des services d'urgence déclaraient ne pas avoir tenté de communiquer avec leur médecin de famille avant leur visite à l'urgence.<sup>25</sup> Les 8 % d'usagers subsistants des services d'urgence ont indiqué avoir tenté de joindre leur médecin de famille, mais celui-ci ne pouvait accepter de rendez-vous. Dans une enquête précédente réalisée au service d'urgence de l'Hôpital de Moncton en février 1994, 95 % des usagers des services d'urgence avaient déclaré avoir un médecin de famille.

---

<sup>24</sup> D'après les données disponibles sur l'utilisation fournies par le D<sup>r</sup> Ken Mitton.

<sup>25</sup> À l'autre principal établissement hospitalier de Moncton, l'Hôpital Dr Georges-L. Dumont, les incohérences de codage et des données incomplètes n'ont pu produire de résultats fiables qui auraient permis une interprétation valable.

## 5.6 Évaluer le coût-efficacité de la méthode de prestation du triage par téléphone

Cette partie de l'évaluation comprend deux sections et se veut une réponse aux deux questions que voici :

**a) *Le service de triage Télé-Soins a-t-il permis de réduire le coût des soins de santé dans la province? (minimisation des coûts)***

**b) *Le service de triage Télé-Soins offre-t-il un bon rendement, comparativement aux autres options envisagées pour le traitement des cas non urgents pouvant être reportés? (le coût-efficacité)***

La perspective retenue aux fins de l'analyse financière est une première considération importante, dans la mesure où elle aide à déterminer les coûts et les avantages à incorporer. Dans la situation la plus simple, nous pouvons utiliser la perspective du ministère de la Santé et des Services communautaires comme payeur, ce qui exclut tous les coûts directement assumés par les citoyens et d'autres coûts assumés par l'ensemble du public et qui s'ajoutent au budget ministériel. (Une autre analyse plus globale portant sur l'ensemble de la société figure dans l'**Annexe A**).

Avant d'examiner les divers coûts et avantages particuliers, il conviendrait d'aborder la question de l'évaluation du rendement effectif de Télé-Soins. Télé-Soins n'a pas pour objet des cas précis de symptômes ou d'affections non urgents; les divers éléments de comparaison offerts ici ne renvoient donc pas à des résultats pour chaque cas abordé; il s'agit plutôt de rendre compte des résultats pour l'ensemble du système. Il y aura donc une comparaison de l'état antérieur et postérieur, ainsi que des résultats suivant l'implantation du service Télé-Soins, dans le but d'établir les coûts et les avantages différentiels qui découlent de l'exploitation du service. Dans le cadre de cette évaluation, l'analyse économique renverra aux coûts et aux avantages différentiels nets qui découlent de la mise en service de Télé-Soins, comparativement à ce qui serait advenu sous le statu-quo, plutôt qu'à l'estimation des coûts et des avantages moyens inhérents à chaque cas. En d'autres termes, il s'agira d'illustrer les gains de productivité et d'efficacité pour chaque dollar de ressource supplémentaire exigé pour obtenir ces mêmes gains.

La mesure de l'utilisation réelle s'effectuera par l'examen du nombre d'appels triés plutôt que par le nombre total d'appels reçus. Il s'agit là d'un meilleur indicateur du rôle prévu de Télé-Soins, car cette façon de procéder exclut certains appels portant « uniquement sur une demande de renseignements », ceux-ci ne se rapportant pas directement au mandat de Télé-Soins. Au cours des deux années qu'a duré le projet pilote, il y a eu environ 64 000 appels de triage, alors qu'il n'y en avait eu aucun précédemment. De ce nombre, environ 89 % des personnes qui ont appelé se disaient

très satisfaites de la qualité du service (voir la section 5.4), et plus de 97 % ont pu suivre sans difficulté les instructions de Télé-Soins données au téléphone.<sup>26</sup> La satisfaction des usagers est certes un aspect important du service, mais l'utilisation réelle dépend aussi de la pertinence clinique des conseils effectivement prodigués par le personnel de Télé-Soins.

### 5.61 Caractère judicieux des décisions prises au téléphone

La pertinence clinique des décisions prises pour chaque appel à Télé-Soins a fait l'objet d'une évaluation qui repose sur le jugement du médecin comme « point de référence » pour l'étude des cas. L'étude a porté sur le degré de corrélation entre, d'une part, le jugement de l'infirmière de Télé-Soins et, d'autre part, celui des médecins pour les cas de Télé-Soins dirigés vers un service d'urgence, un bureau d'omnipraticien ou une clinique sans rendez-vous.

Pour les besoins de l'évaluation, deux équipes de cliniciens ont été mises sur pied, dirigées par les chefs des services d'urgence de l'Hôpital Dr Georges-L. Dumont<sup>27</sup> et de l'Hôpital de Moncton.<sup>28</sup> À l'aide d'un échantillon de cas choisis au hasard par les évaluateurs, chaque équipe a procédé à un examen clinique indépendant d'une série de notes de cas et d'autres renseignements dont disposait l'infirmière de Télé-Soins au moment de l'appel. À partir de ces données, les évaluateurs ont établi la pertinence clinique de la décision prise par l'infirmière de Télé-Soins, compte tenu des circonstances. À la lumière des évaluations ultérieures de chaque cas, on a établi le degré d'accord des médecins avec les décisions prises par les infirmières, de même que le degré de corrélation entre les deux équipes d'examen clinique. Comme nous l'indiquons plus bas et dans l'**Annexe J**, l'examen clinique a montré que le service de triage de Télé-Soins produit de bonnes décisions dans la plupart des cas.

- Parmi les cas aiguillés vers le **Service d'urgence**, 79 % étaient tout à fait justifiés, selon l'évaluation des deux équipes; 13 % étaient justifiés par une équipe mais non par l'autre équipe (équivoque/désaccord).<sup>29</sup> Selon les deux équipes, il aurait été préférable de prendre

---

<sup>26</sup> Selon l'enquête de mars 1996 sur le taux de satisfaction des personnes qui ont appelé Télé-Soins.

<sup>27</sup> Le Dr André Touchburn

<sup>28</sup> Le Dr Peter O'Hanley

<sup>29</sup> Afin de vérifier le coefficient de corrélation, un résultat pondéré de Kappa a été calculé pour les besoins de l'exercice. Ce qui a produit une valeur de 0,70 pour les décisions d'aiguillage vers le service d'urgence et une valeur de 0,96 pour les décisions d'aiguillage vers un médecin omnipraticien



les mesures suivantes pour les 7,7 % de cas subsistants : aiguillage vers un médecin ou une clinique sans rendez-vous dans les 24 heures (3,9 %); ou prise d'un rendez-vous chez un omnipraticien (3,9 %).

- Parmi les cas aiguillés vers un bureau d'omnipraticien ou une clinique sans rendez-vous dans les 24 heures, 83,3 % des aiguillages étaient tout à fait judicieux selon les deux équipes d'évaluation; tandis qu'une équipe a estimé que 3,3 % des cas ont été bien aiguillés, contrairement à ce que jugeait l'autre équipe (équivoque/désaccord). Selon les deux équipes, il aurait été préférable de prendre les mesures suivantes pour les 13,3 % de cas subsistants : aiguillage vers un service d'urgence (3,3 %); et soins à domicile (10 %). La première équipe a étudié plus de cas que la deuxième équipe; en ce qui concerne l'échantillon plus large de cas étudiés par la première équipe, un seul cas sur 91 aurait dû être aiguillé vers le service d'urgence (soit le même cas ayant servi aux comparaisons de corrélation). Il appert donc que le pourcentage des cas qui auraient été judicieusement aiguillés vers un service d'urgence pourrait de fait se situer sous la barre des 3,3 %.

## 5.62 Coûts et avantages directs

L'évaluation économique de Télé-Soins portera sur les coûts directs, ainsi que sur d'autres coûts indirects, des cours et des avantages collatéraux. Dans l'hypothèse la plus simple, soit du point de vue du ministère de la Santé et des Services communautaires, ces coûts et ces avantages se résument pour l'essentiel aux coûts directs (financiers) reliés aux immeubles ou à l'exploitation du service et aux économies possibles associées directement du triage des cas vers des services de soins moins onéreux. Il s'agit en l'occurrence d'une mesure des ressources mises à contribution (ou intrants) pour produire le service. Si une perspective plus globale était retenue, il faudrait tenir compte d'autres coûts indirects se rapportant aux pertes de production comme les coûts en salaire perdu à attendre, ainsi que les coûts cachés comme la douleur psychique et d'autres éléments moins quantifiables.

Comme l'indique le **Tableau 4**, le coût directement imputable à Télé-Soins correspondrait donc à 1 330 769 \$, soit environ 20,80 \$ par appel trié. Ce coût d'exploitation moyen comprend les coûts

---

ou une clinique sans rendez-vous dans les 24 heures de présentation des symptômes. Une corrélation parfaite étant de 1,0, les valeurs ainsi obtenues indiquent un coefficient de corrélation relativement élevé entre les groupes examinés. Compte tenu du nombre de cellules de l'évaluation, et de la taille des échantillons étudiés par les deux groupes ( $n=30$  pour le service d'urgence;  $n=50$  pour l'omnipraticien ou la clinique), ces résultats de notation pondérée de Kappa traduisent un degré de signification statistique de 95 % ( $\alpha=0,05$ ; exact 19 fois sur 20).



initiaux de mise en service de Télés-Soins, compte tenu de l'ampleur du projet pilote dans la région 1 et du volume d'appels qui en a résulté. Une partie de ces coûts initiaux ne survient qu'à une seule reprise, c'est-à-dire qu'il s'agit de frais généraux qui ne fluctuent aucunement à court terme peu importe le volume d'appels. D'autres éléments de coût sont également fixes et ne fluctuent pas selon le volume d'appels, comme le salaire d'un conseiller médical en service d'urgence. À long terme, advenant l'expansion de Télés-Soins, le coût par appel diminuerait donc vraisemblablement, eu égard au plus fort volume de service et en raison de la loi des économies d'échelle. Ainsi, si Télés-Soins connaissait une expansion au-delà des 64 000 appels de triage relevés au cours du projet pilote, le coût direct marginal par nouvel appel se situerait probablement sous la barre du coût moyen observé de 20 \$, pour s'établir à un seuil aussi bas que 5 \$.<sup>30</sup> Aux fins de l'établissement des coûts de ce projet pilote, nous nous en tiendrons cependant à l'hypothèse prudente voulant qu'il ne soit pas possible d'appliquer la loi des économies d'échelle à court terme, le coût d'exploitation marginal direct correspondant alors au coût d'exploitation moyen de 20,80 \$ observé dans le cadre du projet pilote.

### 5.63 Économies associées au triage - l'aiguillage vers d'autres services de soins moins coûteux

Bien que certains postes de coût direct se mesurent sans aucune difficulté (budget de Télés-Soins), d'autres coûts demeurent relativement incertains et il faut les évaluer. Ainsi, on ne connaît pas le coût réel d'une visite non urgente caractéristique dans un service d'urgence de la Région 1, car les hôpitaux de la région ne saisissent et ne compilent pas les données financières selon la gravité des cas. Le coût moyen d'une visite non urgente dans un service d'urgence pourrait donc se chiffrer entre 69 \$ et 85 \$, selon les points de repère issus d'études récentes<sup>31</sup>. Ces considérations étant posées, ce

<sup>30</sup> Compte tenu d'un appel d'une durée moyenne de 9 minutes répondu par Télés-Soins, une infirmière qui travaille 1 950 heures par années peut répondre à 17 550 appels. Si nous supposons un salaire de 41 000 \$, le coût en personnel pour chaque appel se situe à environ 2,34 \$, sous réserve que la dotation en personnel soit suffisamment souple pour faire face aux périodes d'achalandage en raison du volume d'appels qui fluctue pendant la journée. Si nous supposons par ailleurs que les infirmières ne consacrent que la moitié de leurs heures de travail aux appels (elles s'occupent de trouver les bonnes informations pour d'autres appels ou sont en formation), le coût en personnel par appel double et passe à 4,68 \$. À ce coût de base en personnel, il faudrait ajouter les autres coûts d'immobilisations pour le poste de travail, les lignes téléphoniques et d'autres types de matériel qui se chiffrent entre 5 000 \$ et 7 000 \$ par infirmière, somme qu'il faudrait ajouter au coût moyen, à raison d'un coût supplémentaire de 0,40 \$ par appel.

<sup>31</sup> « Estimating the Cost of Outpatient Hospital Care », P. Jacobs et al, Alberta Health, 1995; Williamson NEJM, *ibid*; Terry Campbell (ICIS) - communication personnelle, coûts de la réadaptation des

qu'il importe de connaître, c'est une mesure du « coût marginal », c'est-à-dire du coût de la prochaine visite et non pas du coût moyen. Car un bon nombre des coûts relatifs à l'exploitation d'un service d'urgence sont de fait des coûts « irrécupérables », qui ne varient pas en fonction de la fluctuation du volume de service (immobilisations, rémunération des médecins, etc.).<sup>32</sup> En regard de ces considérations, Williamson<sup>33</sup> a récemment évalué à 25 \$US - soit environ 32 \$CAN - le coût marginal des visites non urgentes dans les services d'urgence. Ce montant servira de guide aux fluctuations des coûts d'utilisation des services d'urgence par les patients non urgents orientés par Télé-Soins.

Le nombre des visites non urgentes supplémentaires dans les services d'urgence et imputables à Télé-Soins a déjà fait l'objet d'une évaluation dans la section 3.3. Cette analyse a permis d'établir une augmentation relative d'environ 2 000 à 10 000 visites non urgentes dans les services d'urgence pendant les deux années du projet pilote, soit une évaluation approximative de 9 000 visites non urgentes de plus dans les services d'urgence, selon une simple extrapolation. À raison d'un coût moyen par visite de 32 \$, l'ajout de 9 000 visites non urgentes aux services d'urgence entraînerait des dépenses additionnelles dans les services d'urgence qui se chiffraient à environ 288 000 \$ pour les deux années combinées. Ce montant repose sur la supposition voulant que la prestation de soins

---

patients en clinique externe, qui varient entre 30 \$ et 120 \$ la visite.

<sup>32</sup> Les services d'urgence doivent avoir du personnel 24 heures sur 24. C'est pourquoi il est sans doute plus rentable d'y maintenir un certain plancher de visites non urgentes, même en présence d'un service Télé-Soins qui atteint ses objectifs. Dans le cas d'un service d'urgence qui ne fonctionne pas à pleine capacité, le coût marginal du traitement d'un patient non urgent de plus dans le service peut très bien être moindre que ce qu'il en coûterait dans une clinique sans rendez-vous ou dans le bureau d'un médecin en pratique privée (soit moins de 20 \$ par visite). Si un service d'urgence est peu achalandé, le coût marginal du traitement d'un patient non urgent supplémentaire correspondrait donc à ce qu'il en coûterait en matériel et en fournitures pour cette visite (il n'y aurait pratiquement aucun frais de salaire puisque les frais de personnel du service d'urgence sont un poste de dépense fixe). Dans la mesure où ce coût auxiliaire ne dépasse pas le coût du traitement de ce même patient par un autre service (visite au bureau d'un médecin), il demeurera rentable de continuer à traiter ce patient non urgent au service d'urgence. Cela vaut tant et aussi longtemps que le service d'urgence est peu achalandé, mais ne s'applique plus dès que le volume des cas non urgents augmente jusqu'au point où il y a congestion au service d'urgence et que les cas non urgents commencent à nuire à la prestation des services essentiels aux patients urgents qui arrivent au service d'urgence. Ce qui explique la raison pour laquelle le coût d'une visite non urgente supplémentaire au service d'urgence aura tendance à être moindre que le coût moyen de toutes les visites précédentes.

<sup>33</sup> « The Costs of Visits to Emergency Departments », Robert Williamson, New England Journal of Medicine, mars 1996.

aux usagers n'aurait rien coûté au réseau de la santé, ce qui n'est généralement pas vrai. Certains des usagers aiguillés vers un service d'urgence par Télé-Soins se seraient autrement rendus dans une clinique sans rendez-vous ou au bureau d'un omnipraticien. Cette solution pourrait donc être vue comme le « pire des scénarios » quant aux retombées de Télé-Soins sur l'aiguillage vers d'autres services de soins, puisque autrement aucun changement important n'a été observé concernant les visites au bureau d'un médecin.

Alors, il faut calculer le coût supplémentaire net découlant de la différence d'aiguillage des divers usagers de Télé-Soins pour les personnes qui auraient autrement visité un service de soins de santé. Cette différence de coût sera désigné comme coût (ou économie) possible du triage des appels, comme l'illustrent les **Tableaux 5 et 6**. (Ultérieurement, ce coût s'ajoutera au coût d'exploitation de base par appel (soit 20,80 \$) de manière à produire une évaluation totale combinée du coût, ou du coût d'option de Télé-Soins). En ce qui concerne les personnes dirigées vers une clinique sans rendez-vous, les économies possibles réalisées correspondent donc à la différence, d'une part, entre le coût marginal d'une visite non urgente dans un service d'urgence (32 \$) et, d'autre part, le coût marginal d'une visite à la clinique sans rendez-vous (20 \$)<sup>34</sup>, soit une économie de 12 \$ par appel de ce type. Dans le cas d'une personne qui reçoit des conseils de soins à domicile, les économies possibles correspondent à la différence entre la visite non urgente dans un service d'urgence (32 \$), et le coût des conseils prodigués par l'infirmière de Télé-Soins. En ce qui a trait aux personnes qui ont reçu des conseils au téléphone et qui n'ont pas été dirigées vers un autre dispensateur de soins de santé, le coût marginal des conseils téléphoniques s'annule effectivement, car il figure déjà dans le coût d'exploitation marginal de 20,80 \$ par appel défini ci-dessus. Donc, les économies pour les usagers qui ont reçu des conseils de soins à domicile plutôt que d'effectuer une visite non urgente dans un service d'urgence s'établissent à 32 - 0 \$, soit 32 \$ par appel.

Ce ne sont cependant pas tous les appels triés qui entraînent de possibles économies; des personnes qui appellent peuvent être aiguillées avec pertinence vers d'autres services de soins plus onéreux. Ainsi, les personnes qui auraient plutôt consulté leur médecin de famille mais qui ont été aiguillées vers un service d'urgence auraient vu leurs coûts passer de 20 \$ à 32 \$ (respectivement pour la consultation d'un omnipraticien et pour une visite non urgente dans un service d'urgence), soit une augmentation de 12 \$ par appel. Il pourrait s'agir par exemple de personnes ayant des douleurs à la poitrine ou des affections à l'abdomen non diagnostiquées qui exigent l'établissement d'un diagnostic immédiat ou des tests à effectuer rapidement.

---

<sup>34</sup> Selon un coût de 20\$ par visite, établi d'après les honoraires moyens d'une visite chez un omnipraticien en 1995 et 1996.

Le **Tableau 5** rend compte des économies possibles nettes imputables à l'ensemble des aiguillages de Télé-Soins et illustre les résultats d'un enquête réalisée auprès de 595 usagers de Télé-Soins, au cours de laquelle on a comparé les décisions d'aiguillage prises par le personnel de Télé-Soins et les comportements qu'auraient autrement adoptés ces personnes sans le concours de Télé-Soins.<sup>35</sup> Les résultats indiquent, par exemple, qu'environ 61 % des personnes consultées auraient plutôt visité un service d'urgence, mais que seulement 21 % de ce sous-groupe d'usagers ont au bout du compte été aiguillés vers un service d'urgence par le personnel infirmier de Télé-Soins. Les autres personnes ont été dirigées vers une clinique sans rendez-vous, le bureau d'un omnipraticien ou encore n'ont reçu que des conseils de soins à domicile.

Le **Tableau 6** sert à extrapoler l'échantillon d'enquête afin de rendre compte du volume réel de tous les appels reçus par Télé-Soins au cours du projet pilote de deux ans, selon la décision prise. Dans un deuxième temps, il permet d'évaluer les économies susceptibles de découler de chaque interaction, grâce à la multiplication du volume d'appels par l'économie imputable à chaque appel. Ainsi, on a évalué à 15 942 le nombre d'appels dirigés vers les cliniques sans rendez-vous; sans l'intervention de Télé-Soins, ces personnes auraient visité un service d'urgence. Compte tenu d'une économie de 12 \$ par appel, les économies totales réalisées pour l'ensemble de ces appels se chiffrent à environ 191 000\$. Dans un autre ordre d'idées, s'agissant des personnes redirigées d'une clinique sans rendez-vous vers un service d'urgence, il y aurait eu une hausse de coût de 12 \$ par personne pour un nombre estimatif de 452 visites. Ce qui produit un coût supplémentaire de 5 400 \$.<sup>36</sup> Pour conclure, en regard des coûts et des économies imputables aux diverses interactions reproduites dans le **Tableau 6**, le portrait général qui se dégage indique que les appels triés de Télé-Soins ont entraîné somme toute des économies d'environ 713 000 \$ pour l'ensemble des deux ans qu'a duré le projet.

Cette évaluation devrait être vue comme « la meilleure des hypothèses », ou encore un aperçu

---

<sup>35</sup> D'après les résultats d'un sondage téléphonique réalisé en juillet 1995 par la firme Corporate Research Associates.

<sup>36</sup> Dans les autres cas où la personne aurait « communiqué avec l'hôpital » ou son « médecin de famille », les incidences en termes de coût sont relativement peu sûres, car on ne peut établir avec certitude si l'appel de ces personnes aurait effectivement entraîné une visite. Le cas échéant, le coût (ou l'économie) par appel se fonde sur une valeur moyenne attribuée aux décisions possibles. Ainsi, pour ce qui est des personnes qui disent qu'elles auraient communiqué avec le médecin de famille et subséquemment dirigées vers une clinique sans rendez-vous, aucun coût additionnel ne serait sans doute imputable (si leur appel initial avait donné lieu à une visite au bureau d'un omnipraticien); ou encore il se peut que cette décision ait entraîné un coût supplémentaire de 20 \$ (si l'appel initial au bureau de l'omnipraticien n'aurait pas donné lieu à une visite chez ce médecin). Donc, pour comptabiliser ce type d'appel, les auteurs ont retenu un coût moyen de 10 \$ par appel.



optimiste des économies possibles susceptibles de découler du service de triage et ce, pour deux raisons. Premièrement, ces résultats reposent sur la supposition voulant que les intentions énoncées des usagers consultés par sondage quant à ce qu'ils auraient décidé sans l'intervention de Télé-Soins sont exactes et conformes à ce qu'ils auraient fait de toute façon dans les circonstances. Cette interprétation peut toutefois ne pas se vérifier entièrement et les personnes consultées par l'enquête ont pu tout au plus indiquer qu'elles « auraient visité un service d'urgence » parce qu'elles n'avaient pas de meilleure réponse à formuler. Deuxièmement, les résultats du Tableau 6 laissent croire que les personnes qui appellent Télé-Soins se conforment aux instructions du personnel infirmier et se rendent effectivement au service de santé vers lequel on les a dirigé. Toutes les personnes n'observent pas nécessairement les instructions données.

Des personnes qui appellent Télé-Soins peuvent rechercher un deuxième avis ou encore il se peut que leur médecin ne puisse les recevoir en consultation. Il s'ensuit que certaines des personnes à qui le personnel infirmier donne des instructions de soins à domicile ou à qui on conseille de consulter le médecin de famille se retrouvent en fin de compte dans un service d'urgence. De fait, à la lumière de la fluctuation des aiguillages observée au Tableau 6, le volume des visites dans un service d'urgence devrait en principe chuter d'environ 30 000 visites, ce qui se démarque nettement de la situation observée, où la tendance des visites non urgentes dans les services d'urgence de la région a à vrai dire connu une légère augmentation, comme nous le mentionnons plus haut.<sup>37</sup> (L'incidence de la non-observation des instructions du personnel infirmier de Télé-Soins est étudiée de façon plus approfondie dans la section 6.1.)

Pour conclure, l'augmentation totale du coût directement imputable à Télé-Soins correspondrait donc à la différence entre le coût d'exploitation de 1 330 769 \$ cité précédemment et les économies possibles attribuables à l'aiguillage vers des services de soins moins coûteux. Dans l'hypothèse du « meilleur scénario » et à la lumière des résultats du Tableau 6, cela donnerait lieu à des économies d'environ 713 000 \$. Dans l'hypothèse du « pire scénario », en vertu duquel Télé-Soins aurait entraîné 9 000 autres visites non urgentes dans les services d'urgence sans que cela ne s'accompagne de changement significatif dans l'utilisation des soins de santé, il y aurait un coût additionnel d'environ 288 000 \$. Selon le scénario retenu, cela pourrait donner une augmentation nette du coût global de l'ordre d'environ 618 000 \$ ou 1 619 000 \$ pour toute la durée du projet pilote. Abstraction

---

<sup>37</sup>

Par ailleurs, d'après les réponses à une autre question ajoutée à l'inscription dans un service d'urgence, environ 21 % des personnes qui effectuent une visite non urgente dans un service d'urgence avaient utilisé Télé-Soins entre avril et juillet 1995, ce chiffre passant à 40 % en avril 1996. L'application de ces pourcentages au nombre total de visites non urgentes dans les services d'urgence de la région 1se traduirait par environ 65 000 visites non urgentes dans les services d'urgence parmi les usagers de Télé-Soins au cours des deux années qu'a duré le projet pilote.

faite du scénario retenu, nous concluons donc ce qui suit :

**a) *Télé-Soins n'a pas diminué le coût des soins de santé dans la province. Il s'agit plutôt de coûts qui s'ajoutent au budget de la santé de la province.***

#### **5.64 Le coût-efficacité**

Les mesures du coût-efficacité se rapportent au coût par unité d'efficacité. Les unités d'efficacité renvoient souvent à des résultats quantifiables en santé en termes d'années d'existence gagnées ou de fonctionnalité accrue (p. ex., plus grande liberté de mouvement), pour différentes options de traitement. Dans ce cas, puisque l'éventail des affections non urgentes ne présente pas de caractère particulier et se rapporte pour l'essentiel à des situations où la vie de la personne n'est pas en danger, il faut une mesure globale de l'efficacité. Comme nous l'avons mentionné plus haut, le nombre d'appels triés par Télé-Soins servira précisément à cette fin. Donc, pour chacun des deux scénarios, le rapport coût-efficacité s'établirait comme suit :

**« Meilleur scénario »**

- coût différentiel net de 618 000 \$ divisé par 64 000 appels en tout = 9,66 \$ par appel trié

**« Pire scénario »**

- coût différentiel net de 1 619 000 \$ divisé par 64 000 appels triés = 25,29 \$ par appel trié

Dans le « meilleur scénario », le coût marginal par contact non urgent de Télé-Soins est moindre que le coût marginal d'une visite dans une clinique sans rendez-vous (20 \$ pour la consultation d'un omnipraticien), ou que le coût d'une visite non urgente dans un service d'urgence (32 \$ la visite). Il est donc relativement plus économique, comparativement à l'une ou l'autre des deux autres solutions. Dans le « pire scénario », les résultats sont plus équivoques. Un système de soins de santé qui comprend Télé-Soins demeure donc moins coûteux que les seules visites non urgentes dans un service d'urgence, mais cette pratique se révèle plus coûteuse qu'une visite chez un omnipraticien ou dans une clinique sans rendez-vous. Il convient de noter à cet égard que Télé-Soins possède certains autres avantages qui n'apparaissent pas directement dans ces rapports coût-efficacité, comme nous l'indiquons ci-dessous dans la section 5.65 et à l'Annexe A. Pour cette raison et parce que le coût d'exploitation marginal de Télé-Soins est appelé à diminuer lorsque le service sera élargi à toute la province (compte tenu de la loi des économies d'échelle), nous concluons donc :

**b) *Télé-Soins est relativement coût-efficace et offre un bon rendement, comparativement***



*aux autres avenues existantes pour le traitement des symptômes non urgents reportables. (Comparativement à ceux des visiteurs des services d'urgence, les taux de satisfaction accrus indiqués par les usagers de Télés-Soins viennent aussi étayer cette conclusion.)*

#### 5.65 Autres coûts et avantages cachés

En plus des sommes indiquées au **Tableau 4**, plusieurs autres coûts et avantages cachés influent sur la valeur de Télés-Soins. Il est relativement difficile d'exprimer en dollars la valeur de ces coûts et avantages<sup>38</sup>, mais il importe toutefois de leur attribuer une incidence non négligeable dans l'analyse économique.

1. La valeur d'un accès plus rapide et amélioré à des conseils par téléphone pour des symptômes non urgents, en particulier pour les personnes habitant en zone rurale (ce qui s'ajoute aux économies de temps réalisées grâce aux frais de déplacement pour une visite inutile dans un service d'urgence ou une clinique sans rendez-vous, ainsi que le temps d'attente qui s'y rapporte indiqués dans l'Annexe A) est un avantage en termes de qualité accrue des soins.
2. Aux économies possibles découlant du triage s'ajoute la valeur découlant d'un meilleur triage des cas urgents des services d'urgence qui désirent obtenir des conseils et un traitement, suscité par le moins grand nombre de personnes qui s'y présentent pour des symptômes non urgents. Un certain nombre de déplacements susceptibles d'être évités aurait accru le nombre de visites dans les services d'urgence.
3. En outre, il y a un avantage associé au nombre de cas dûment orientés par Télés-Soins vers un service d'urgence ou une clinique sans rendez-vous, pour une consultation immédiate, et qui autrement n'auraient jamais été signalés à l'attention des responsables de la santé ou auraient été signalés avec un certain retard, ce qui aurait pu avoir des conséquences néfastes. Le **Tableau 5** rend compte qu'environ 10 % des personnes aiguillées au bout du compte au service d'urgence par le personnel de Télés-Soins auraient autrement « sollicité l'aide de membres de la famille ou d'amis » ou « seraient demeurées sur le qui-vive ».
4. Le triage opéré par le personnel infirmier est en règle générale judicieux et efficace, selon

---

<sup>38</sup> Voir l'Annexe A pour un examen de la « valeur d'option » associée à la volonté de payer en vue d'obtenir des avantages accrus, du point de vue de la société.

---

l'examen des cas cliniques décrit à la section 5.61. Toutefois, il y a environ 3 % des cas aiguillés vers le bureau d'un omnipraticien ou une clinique sans rendez-vous qui auraient dû plutôt être vus dans un service d'urgence. Il s'agit d'un coût caché.

## **6.0 AUTRES RECHERCHES**

### **6.1 Les usagers ont-ils réellement visité les services de soins conseillés par Télé-Soins?**

Les économies possibles découlant de l'aiguillage vers des services de soins moins coûteux indiqués dans le Tableau 6 reposent sur la supposition voulant que les usagers ont suivi à la lettre les instructions ou les conseils donnés par le personnel infirmier de Télé-Soins. Ont-ils réellement observé le conseil sur les soins à domicile ou se sont-ils quand même rendus dans un service d'urgence? Afin de vérifier ce postulat, une analyse de jumelage de cas a été réalisée sur un petit échantillon de 111 usagers dans le cadre d'un sondage sur le degré de satisfaction effectué en mars 1996. Dans cette analyse, à l'aide de la base de données de l'assurance-maladie, on a jumelé les usagers de Télé-Soins qui habitent la région de Moncton (par numéro d'assurance-maladie, nom et date de naissance) et les visites aux services d'urgence des deux hôpitaux de Moncton dans les 48 heures qui ont suivi l'appel à Télé-Soins, ainsi que les visites chez l'omnipraticien dans les 48 heures de l'appel à Télé-Soins. Comme nous l'illustrons ci-dessous, les résultats semblent indiquer que les intentions formulées par les usagers ne concordent pas tout à fait avec les décisions prises.

#### Pour ce qui est des personnes dirigées immédiatement vers un service d'urgence

- Environ 87 % de ces personnes ont été vues dans un service d'urgence, le bureau d'un omnipraticien ou une clinique sans rendez-vous dans les 48 heures ayant suivi l'appel à Télé-Soins. Les 13 % des autres usagers ne se sont pas présentés au service d'urgence, au bureau de l'omnipraticien ou dans une clinique sans rendez-vous.

#### Pour ce qui est des personnes aiguillées vers un médecin dans les 12 à 24 heures de l'appel (y compris la visite dans une clinique sans rendez-vous)

- Environ 50 % des personnes consultées ne se sont pas présentées chez un médecin dans les 48 heures ayant suivi l'appel initial; par contre, 10 % des personnes ont visité un service d'urgence, tandis que 40 % des autres personnes interrogées n'ont consulté aucun service de santé.

#### En ce qui concerne les personnes qui ont reçu des conseils de soins à domicile

Environ 59 % des personnes sondées ne se sont pas présentées dans un service d'urgence, un bureau d'omnipraticien ou une clinique sans rendez-vous dans les 48 heures suivant l'appel. Pour ce qui est des autres personnes de l'échantillon, 15 % des cas se sont traduits par des visites au service d'urgence et 26 % par des consultations d'un médecin ou des consultations combinées de médecin

---

et d'un service d'urgence.

Cet exercice de jumelage des cas est quelque peu limité du fait de la taille modeste de l'échantillon. Il se révèle néanmoins utile pour rendre compte du degré de respect des diverses décisions prises par le personnel infirmier de Télé-Soins. Cette analyse par jumelage des cas sera vraisemblablement élargie au cours de la prochaine étape de l'évaluation de Télé-Soins, dès que nous disposerons d'une base de données de Télé-Soins plus complète sur « ce que les usagers auraient décidé sans l'intervention de Télé-Soins ».

## 7.0 CONCLUSIONS

1. Le public connaît mieux le service Télé-Soins depuis le début du projet pilote. Chez les patients non urgents dans les principaux services d'urgence de la Région 1, **en octobre 1996, plus de 60 % des patients interrogés dans les services d'urgence connaissaient Télé-Soins.**
2. Depuis le début de l'étude, l'acceptation par le public et l'utilisation du nouveau service se sont accrues. Depuis janvier 1995, il y a eu plus de 73 000 appels logés à Télé-Soins. Ce qui correspond en gros à 32 000 nouveaux usagers distincts, ou à environ **un résidant sur cinq (soit 18 %).** Dans les zones rurales, il semble que les usagers francophones du nord de la Région 1 figurent parmi les plus grands usagers; dans la région de Moncton, les usagers anglophones forment la majeure partie de la clientèle.
3. Une analyse de régression des visites non urgentes par problème énoncé a révélé que Télé-Soins était à l'origine d'un **nombre moindre** de visites non urgentes aux services d'urgence pour les symptômes grippaux, les abrasions, les contusions et les écorchures, les maux de dos et les douleurs au cou (sans blessure), l'otite moyenne et les complications post-opératoires. Par ailleurs, Télé-Soins serait aussi à l'origine d'un **plus grand nombre** de visites non urgentes aux services d'urgence pour les affections non précisées à l'abdomen et à la poitrine, la gastroentérite, l'enlèvement des points de suture, les entorses et les foulures. Au vu de ces résultats, il semblerait que Télé-Soins a entraîné une certaine réduction des visites aux services d'urgence pouvant être reportées, tout en entraînant une utilisation accrue des services d'urgence pour des affections non précisés de douleur à la poitrine et d'autres affections susceptibles d'être mieux traitées dans un service d'urgence. **On ne peut imputer à Télé-Soins une diminution générale du nombre de visites non urgentes dans les services d'urgence; il semblerait même que Télé-Soins soit à l'origine d'une légère hausse des visites non urgentes dans les services d'urgence.** À remarquer toutefois que ce constat peut occulter l'effet réellement positif que Télé-Soins a apparemment eu sur le **triage des patients**, qu'il a amélioré.
4. Selon toute apparence, les usagers de Télé-Soins sont dans l'ensemble très satisfaits du nouveau service, comparativement au taux de satisfaction envers le service conventionnel offert aux patients non urgents dans les services d'urgence de la région. Selon une enquête sur le taux de satisfaction réalisée auprès des usagers de Télé-Soins en mars 1996, **environ 89 % des usagers se disent « très satisfaits »**, tandis qu'un autre 4 % s'estiment « assez satisfaits ». Environ 44 % des répondants jugent « meilleure que prévue » la qualité du

service Télé-Soins, tandis que 50 % estiment que le service est « comme prévu »; 97 % des répondants disent avoir pu se conformer aux directives de Télé-Soins, seulement 2 % disent ne pouvoir les suivre.

5. Selon les données de l'assurance-maladie, depuis janvier 1994, 12 nouveaux omnipraticiens exercent dans la Région 1. Compte tenu des départs à la retraite et du vieillissement du corps médical, les effectifs et la productivité générale en termes de facturation (p. ex., équivalents à temps plein) n'ont toutefois pratiquement pas changé. On ne s'attend également pas à une fluctuation du besoin de soins primaires prodigués en personne par des rendez-vous réguliers au bureau d'un omnipraticien (examen physique) du fait de l'avènement de Télé-Soins. Qui plus est, Télé-Soins devrait surtout avoir des répercussions sur le nombre de visites inattendues effectuées après les heures régulières aux bureaux des omnipraticiens et aux cliniques sans rendez-vous pour des affections non urgentes « pouvant être reportées ». Les visites après les heures régulières aux bureaux d'omnipraticiens dans les zones rurales devraient par ailleurs demeurer pour l'essentiel inchangées, la plupart des patients étant orientés vers les services d'urgence régionaux après les heures régulières. Afin d'examiner l'incidence de Télé-Soins sur les visites aux omnipraticiens et dans les cliniques après les heures régulières, une analyse de régression a servi à vérifier la présence de fluctuations importantes des tendances sous-jacentes. À la lumière de ces deux analyses, qui rendaient aussi compte de la variation saisonnière et des tendances sous-jacentes, aucun lien significatif au plan statistique n'a été observé dans l'un ou l'autre cas. **Il semblerait donc que Télé-Soins n'a aucune incidence sur une augmentation ou une diminution importante du volume de visites aux cliniques sans rendez-vous ou dans les bureaux des omnipraticiens.**
6. **a) Télé-Soins n'a pas diminué le coût des soins de santé dans la province. Il s'agit plutôt de coûts qui s'ajoutent au budget de la santé de la province.** L'augmentation totale du coût directement imputable à Télé-Soins correspondrait donc à la différence entre le coût d'exploitation de 1 330 769 \$ pendant les deux ans qu'a duré le projet pilote et les économies possibles attribuables à l'aiguillage vers des services de soins moins coûteux. Dans l'hypothèse du « meilleur scénario », selon lequel le triage par téléphone aurait eu un grand effet pour ce qui est des aiguillages, comme le montre le Tableau 6, cela donnerait lieu à des économies d'environ 713 000 \$. Dans l'hypothèse du « pire scénario », en vertu duquel Télé-Soins aurait entraîné 9 000 autres visites non urgentes dans les services d'urgence sans que cela ne s'accompagne de changement significatif dans l'utilisation des soins de santé, il y aurait un coût additionnel d'environ 288 000 \$. Selon le scénario retenu, cela pourrait donner une augmentation nette du coût global de 618 000 \$ ou 1 619 000 \$ pour toute la durée du projet pilote (deux ans). Abstraction faite du scénario retenu, il y a eu une augmentation des



coûts de prestation des soins de santé pour le Ministère.

**b) Télé-Soins est relativement coût-efficace et offre un bon rendement, comparativement aux autres avenues existantes pour le traitement des symptômes non urgents reportables. (Comparativement à ceux des visiteurs des services d'urgence, les taux de satisfaction accrus indiqués par les usagers de Télé-Soins viennent aussi étayer cette conclusion.)** Les mesures du coût-efficacité se rapportent au coût par unité d'efficacité. Les unités d'efficacité renvoient souvent à des résultats quantifiables en santé en termes d'années d'existence gagnées ou de fonctionnalité accrue (p. ex., plus grande liberté de mouvement), pour différentes options de traitement. Dans ce cas, où l'éventail des affections non urgentes ne présente pas de caractère particulier et se rapporte pour l'essentiel à des situations où la vie de la personne n'est pas en danger, il faut une mesure globale de mesure de l'efficacité. Le nombre d'appels triés par Télé-Soins servira précisément à cette fin (mais exclut les appels de simple demande de renseignements). Les coûts ainsi énoncés se rapporteraient en l'occurrence au ministère de la Santé et des Services communautaires. Pour chacun des deux scénarios, le rapport coût-efficacité s'établirait donc ainsi :

« Meilleur scénario »

coût différentiel net de 618 000 \$ divisé par 64 000 appels en tout = 9,66 \$ par appel trié

« Pire scénario »

coût différentiel net de 1 619 000 \$ divisé par 64 000 appels triés = 25,29 \$ par appel trié.

Dans le « meilleur scénario », le coût marginal par contact non urgent de Télé-Soins est moindre que le coût marginal d'une visite dans une clinique sans rendez-vous (20 \$ pour la consultation d'un omnipraticien), ou que le coût d'une visite non urgente dans un service d'urgence (32 \$ la visite). Dans le « pire scénario », le coût est quand même moins élevé comparativement à une visite non urgente dans un service d'urgence, mais plus élevé comparativement à une visite chez un omnipraticien ou dans une clinique sans rendez-vous. Il convient de noter à cet égard que Télé-Soins possède certains autres avantages qui n'apparaissent pas directement dans ces rapports coût-efficacité, comme nous l'indiquons ci-dessous dans la section 5.65 et à l'Annexe A. Pour cette raison et parce que le coût d'exploitation marginal de Télé-Soins est appelé à diminuer lorsque le service sera élargi (compte tenu de la loi des économies d'échelle), nous concluons donc que Télé-Soins est relativement coût-efficace.

## 8.0 RECOMMANDATIONS

1. Les protocoles cliniques de source américaine du logiciel « Centramax » utilisés par Télé-Soins peuvent ne pas toujours coïncider avec la pratique standard en vigueur au Canada. C'est pourquoi il faudrait toujours réaliser des études de cas des diverses affections particulières et vérifier s'il y a lieu d'améliorer les lignes directrices cliniques de « Centramax » (le Ministère ne possède pas pour l'instant d'exemplaire des lignes directrices mises en oeuvre par la firme Clinidata, au nom de Télé-Soins, pour des raisons de restrictions apparemment liées au droit d'auteur).
2. L'évaluation a révélé que plusieurs identités différentes ont été attribuées à environ 7 % des usagers de Télé-Soins, d'après des personnes inscrites deux fois. Il y a là un problème de qualité des données auquel il faudrait remédier par une opération mensuelle de « fusion et d'élagage » des données du fichier. On évitera ainsi la redondance d'identification des cas.
3. La base de données du logiciel Centramax sert à consigner l'information par nom d'utilisateur et appel, mais il n'y a aucun champ de renvoi aux soins analogues déjà dispensés. Une personne, par exemple, pourrait appeler deux fois dans la même journée à propos du même sujet. Il serait avisé de créer un nouveau champ qui servirait à établir si l'utilisateur appelle au sujet d'un « nouveau symptôme » ou s'il s'agit simplement du suivi d'un appel précédent.
4. Il n'a pas été possible d'identifier environ 6 % des usagers de Télé-Soins désignés aux fins de l'étude des cas à l'aide de la base de données de l'assurance-maladie pour la Région 1. Puisque Télé-Soins est un système de cueillette de données client par lequel on consignera en permanence des renseignements à jour selon le lieu du domicile, le fichier de données deviendra plus exact et plus pertinent que la base de données du fichier central de l'assurance-maladie (où la mise à jour des renseignements personnels ne survient qu'au renouvellement de leur carte d'assurance-maladie, à tous les cinq ans). Il faudrait télécharger au Ministère à intervalles réguliers les renseignements actuellement détenus par Télé-Soins sur le lieu de domiciles. Cette information servira aux diverses études épidémiologiques et de planification, en plus de fournir un dénominateur démographique souple (soit une alternative aux estimations produites par Statistique Canada entre les recensements).
5. Un des aspects importants qui détermine l'efficacité du service tient à l'observation par les patients des directives que leur fournissent Télé-Soins. Il est donc recommandé qu'une autre étude se penche sur l'ampleur des cas de non-observation et leurs causes.
6. Au fur et à mesure que les usagers connaîtront mieux le service Télé-Soins et qu'ils auront

---

davantage confiance dans le service, les soins prodigués à domicile par la clientèle elle-même gagneront vraisemblablement en importance. Il faudrait suivre la situation de près et en rendre compte dans la prochaine étape d'évaluation de Télé-Soins.

7. Compte tenu des réactions positives suscitées, il est recommandé d'envisager l'élargissement du modèle à d'autres régions.
8. Les auteurs recommandent l'approbation de ce rapport aux fins de sa publication.

## TABLEAUX

# Tableau 1

## Volume et taux des appels par localité

(présentés par la langue maternelle, selon les données du recensement 1991)

Collectivité	Circonscription téléphonique	Population (1)	nombre d'appels (sept-déc '96) (pendant 4 mois)	Taux mensuel des appels par 1000 personnes	% ayant l'anglais comme langue maternelle (1)
Saint-Antoine	525	1,380	443	80.3	5%
Saint-Louis-de-Kent	876	7,380	728	24.7	6%
Buctouche/Cocagne	955,743,576	13,025	2,536	48.7	13%
Shediac	532,533	12,595	2,300	45.7	21%
Memramcook/Dorchester	758, 379	6,265	862	34.4	27%
Cap-Pelé	577	5,230	1,018	48.7	31%
Richibucto	523	7,725	623	20.2	37%
<b>Moncton / Riverview / Dieppe</b>	<b>382-389 (not 385) 851-859</b>	<b>95,685</b>	<b>14,584</b>	<b>38.1</b>	<b>65%</b>
Fords Mills (Harcourt PAR)	785	465	229	123.1	66%
Port Elgin	538	1,570	84	13.4	93%
Sackville	364,536	6,730	250	9.3	94%
Salisbury	372	5,250	458	21.8	96%
Peticodiac/Havelock	756, 534	2,280	339	37.2	97%
Hillsborough	734	2,715	257	23.7	97%
Albert	882	1,715	30	4.4	98%
Alma	887	310	16	12.9	98%
<b>TOTAL</b>		<b>170,320</b>	<b>24,757</b>	<b>36.3</b>	<b>55%</b>

Grande région de Moncton	Revenu moyen par ménage (1)	Population (1)	nombre d'appels jan. '95-avril '96	Taux mensuel des appels par 1000 personnes	% des appels de francophones (3)
Dieppe / Moncton	E1A \$42,967	23,380	5,444	14.6	49.4%
Riverview	E1B \$51,767	14,940	2,329	9.7	4.5%
Moncton	E1C \$34,592	24,105	8,426	21.8	23.1%
Moncton	E1E \$50,451	11,115	1,554	8.7	10.8%
Moncton	E1G \$54,466	5,740	1,181	12.9	20.7%
		79,280	18,934	14.9	27.3%

Remarque. (1) selon les données du recensement de 1991

(2) = Appels pour lesquels la langue d'usage de l'interlocuteur a été consignée (environ 75 % des appels)

(3) = francophones, exprimés comme pourcentage total des usagers francophone et des anglophones (exclut les appels manqués)

## Tableau 2

### Nombre de visites non urgentes dans un service d'urgence - région 1

	1992	1993	1994	1995	1996 (1)
L'Hôpital de Moncton (1)	53,707	51,723	44,206	41,613	37,405
L'Hôpital Georges Dumont (2)	37,595	36,968	33,399	32,479	33,518
L'Hôpital de Ste. Anne de Kent (3)	21,040	21,513	21,234	19,704	21,083
L'Hôpital de Sackville (4)	16,396	16,743	14,778	15,709	14,445
<b>TOTAL: région 1</b>	<b>128,737</b>	<b>126,967</b>	<b>113,618</b>	<b>109,505</b>	<b>106,451</b>
B) Population de la région 1 (milliers)	177.9	179.0	180.2	181.3	182.4
C) = A / B	<b>Nombre de visites non urgentes / 1000 personnes</b>	<b>724</b>	<b>709</b>	<b>631</b>	<b>604</b>

#### Fluctuations globales

	Fluctuation du nbre de visites non urgentes	Fluctuation du taux de visites non urgentes	Diminution moyenne annuelle du taux (C)
Avant TeleCare (Jan'92 à Dec'94)	-15120	-93	-6.7%
Depuis TéléSoins (Jan' 95 à Dec'96)	-7166	-47	-3.8%

#### Retombées prévues

	1995	1996	Deux années combinées
D) Taux d'utilisation projeté, selon la tendance avant 1995	589	549	-
B) Population de la région 1 (milliers)	181.3	182.4	-
E) = D X B	<b>Visites non urgentes projetées sans TéléSoins</b>	<b>106,701</b>	<b>100,202</b>
A) Nombre réel de visites non urgentes avec TéléSoins	109,505	106,451	215,956
F) = A - E	<b>Différence entre le nombre projeté et observé</b>	<b>2,804</b>	<b>6,249</b>

Remarque. (1) = Les visites non urgentes au service d'urgence de l'Hôpital de Moncton entre août et décembre 1996 se fondent sur les données du système MediTech; antérieurement, elles reposaient sur d'autres systèmes d'information, ainsi que selon le degré d'achalandage;  
 (2) = Les visites non urgentes à l'Hôpital Georges Dumont pour les années 1992, 1994, 1995 et 1996 proviennent des données du service d'urgence; pour l'année 1993, de l'enquête HS1 et 74% de visites non urgentes établies par interpolation des années 1992 et 1994.  
 (3) = Les visites non urgentes à Ste. Anne de Kent pour les années 1994, 1995 & 1996 se fondent sur les données d'urgence réel, selon le degré d'achalandage; pour les années 1992 et 1993 se fondent sur l'enquête HS1 de Statistique Canada, tandis que 74% des visites non urgentes proviennent du taux usuel des visites non urgentes en 1994.  
 (4) = Les visites non urgentes à Sackville se fondent sur 84% du nombre total de visites au services d'urgence, établi dans une enquête sur les visites non urgentes réalisée entre le 8 décembre 1994 et le 13 janvier 1995, puis appliqué à l'ensemble des visites au service d'urgence



### Tableau 3

## Disponibilité des médecins pour les consultations

d'après les usagers des services d'urgence consultés

*Votre médecin a-t-il pu vous recevoir aujourd'hui?*

Hôpital de Moncton	Baseline	depuis TéléSoins
	10 déc '94 au 14 Jan '95	a commencé jan 1996
1) n'a pas tenté de communiquer avec le médecin avant de se rendre au service d'urgence	91%	92%
2) pas aujourd'hui ou demain	6%	7%
3) pas avant les trois prochains jours ou plus tard	1%	0%
4) pas de tout (médecin en congé)	2%	1%
Nombre de personnes interrogées =	3254	1854
Nombre de répondants exprimé en % du nombre total d'usagers du service d'urgence =	60%	40%

*Votre médecin a-t-il pu vous recevoir aujourd'hui?*

Hôpital Georges Dumont	Baseline	depuis TéléSoins	Données ajustées*	Données ajustées*
	2 déc '94 au 14 janv. '95	(le mois de mars 1996)	de Baseline 2 déc '94 au 14 janv. '95	depuis TéléSoins (le mois de mars 1996)
1) n'a pas tenté de communiquer avec le médecin avant de se rendre au service d'urgence	52%	12%	97%	48%
2) pas aujourd'hui ou demain	1%	0%	1%	1%
3) pas avant les trois prochains jours ou plus tard	1%	0%	2%	2%
4) pas de tout (médecin en congé)	0%	13%	0%	49%
5) sans objet (et pas de réponse)	47%	74%		
Nombre de personnes interrogées =	4031	2750		
Nombre de répondants exprimé en % du nombre total d'usagers du service d'urgence =	100%	71%		

\* = données ajustées pour tenir compte du pourcentage de non-réponse parmi les répondants (c'est-à-dire qui exclut les réponses de la catégorie 5 ci-dessus).

## Tableau 4

### Coût différentiel du service TéléSoins

(Perspective de la MSSC)

#### 1) Coût direct (recettes)

	1994/95	1995/96	1996/97	Total
Démarrage	\$156,682	--	--	\$156,682
Salaires et avantages sociaux (a)	\$220,573	\$429,407	\$378,533	\$1,028,513
Salaires du personnel médical		\$18,000	\$12,960	\$30,960
Téléphone		\$35,166	\$22,500	\$57,666
Publicité et vignettes (b)	\$2,308	\$9,746	\$375	\$12,429
Autres		\$33,569	\$10,950	\$44,519
<b>TOTAL</b>	<b>\$379,563</b>	<b>\$525,888</b>	<b>\$425,318</b>	

(a) = 11.5 FTEs RN2 & 1 FTE RN4 (mars 1996), seulement 8.5 FTEs RN2 et 1FTE RN4 avant ça

(b) = inclut des campagnes de promotion directement payées par le MSSC

sous-total = **\$1,330,769**

#### 2) Économies directes possibles découlant du triage téléphonique a cause de l'aguiillage vers d'autres services de soins moins coûteux

a) "Meilleur scénario": tout les personnes suivent les conseils de TéléSoins	<b>(\$713,141)</b>
sous-total net =	<b>\$617,628</b>
b) "Pire scénario": +9000 visites aux services d'urgences (32 \$ chaqu'un)	<b>\$288,000</b>
sous-total net =	<b>\$1,618,769</b>

**Tableau 5: Qu'auriez-vous fait sans l'intervention de TéléSoins?**

Mesure prise autrement	Décision d'aiguillage de TéléSoins					
	Service d'urgence / 911	Clinique san r.v. voir un médecin dans les 24 hrs	Voir un médecin dans les 72 hrs/ consult. régulier	Soins à domicile	Rens. unique/ appeler la pharmacie	
Visiter un serv. d'urgence	73	133	12	96	35	349
Pourcent. de colonne	60.8%	61.6%	42.9%	63.6%	58.3%	
Pourcent. TOTAL	12.7%	23.1%	2.1%	16.7%	6.1%	60.7%
Visiter une clinique sans r.v.	4	11	1	2	1	19
Pourcent. de colonne	3.3%	5.1%	3.6%	1.3%	1.7%	
Pourcent. TOTAL	0.7%	1.9%	0.2%	0.3%	0.2%	3.3%
Visiter le médecin de famille	7	4	3	4	0	18
Pourcent. de colonne	5.8%	1.9%	10.7%	2.6%	0.0%	
Pourcent. TOTAL	1.2%	0.7%	0.5%	0.7%	0.0%	3.1%
Appeler le médecin de famille	9	25	8	26	9	77
Pourcent. de colonne	7.5%	11.6%	28.6%	17.2%	15.0%	
Pourcent. TOTAL	1.6%	4.3%	1.4%	4.5%	1.6%	13.4%
Appeler l'hôpital	15	24	2	17	11	69
Pourcent. de colonne	12.5%	11.1%	7.1%	11.3%	18.3%	
Pourcent. TOTAL	2.6%	4.2%	0.3%	3.0%	1.9%	12.0%
Demander conseil à la famille	1	5	2	2	0	10
Pourcent. de colonne	0.8%	2.3%	7.1%	1.3%	0.0%	
Pourcent. TOTAL	0.2%	0.9%	0.3%	0.3%	0.0%	1.7%
Appeler la pharmacie	0	1	0	1	1	3
Pourcent. de colonne	0.0%	0.5%	0.0%	0.7%	1.7%	
Pourcent. TOTAL	0.0%	0.2%	0.0%	0.2%	0.2%	0.5%
Attendre <<sur le qui-vivre>>	10	11	0	3	1	25
Pourcent. de colonne	8.3%	5.1%	0.0%	2.0%	1.7%	
Pourcent. TOTAL	1.7%	1.9%	0.0%	0.5%	0.2%	4.3%
Autre	1	2	0	0	2	5
Pourcent. de colonne	0.8%	0.9%	0.0%	0.0%	3.3%	
Pourcent. TOTAL	0.2%	0.3%	0.0%	0.0%	0.3%	0.9%
TOTAL	120	216	28	151	60	575
Pourcent. TOTAL	20.9%	37.6%	4.9%	26.3%	10.4%	

**Tableau 6: Coût (économies) découlant du triage des appels par TéléSoins  
d'après les appels reçus entre janvier 1995 et la fin de décembre 1996**

Mesure prise autrement	Décision d'aiguillage de TéléSoins					
	Service d'urgence / 911	Clinique san r.v. voir un médecin dans les 24 hrs	Voir un médecin dans les 72 hrs/ consult. régulier	Soins à domicile	Rens. unique/ appeler la pharmacie	
Visiter un serv. d'urgence	8254	15942	1824	12078	5969	44065
Coût suppl. (économies)/appel	\$0	(\$12)	(\$12)	(\$32)	(\$32)	
Coût total (économies)	\$0	(\$191,298)	(\$21,883)	(\$386,482)	(\$190,997)	(\$790,661)
Visiter une clinique sans r.v.	452	1318	152	252	171	2345
Coût suppl. (économies)/appel	\$12	\$0	\$0	(\$20)	(\$20)	
Coût total (économies)	\$5,427	\$0	\$0	(\$5,032)	(\$3,411)	(\$3,016)
Visiter le médecin de famille	791	479	456	503	0	2230
Coût suppl. (économies)/appel	\$12	\$0	\$0	(\$20)	(\$20)	
Coût total (économies)	\$9,498	\$0	\$0	(\$10,065)	\$0	(\$567)
Appeler le médecin de famille	1018	2997	1216	3271	1535	10036
Coût suppl. (économies)/appel	\$24	\$10	\$10	(\$10)	(\$10)	
Coût total (économies)	\$24,422	\$29,965	\$12,157	(\$32,710)	(\$15,348)	\$18,487
Appeler l'hôpital	1696	2877	304	2139	1876	8891
Coût suppl. (économies)/appel	\$0	\$10	\$10	(\$16)	(\$16)	
Coût total (économies)	\$0	\$28,767	\$3,039	(\$34,220)	(\$30,014)	(\$32,428)
Demander conseil à la famille	113	599	304	252	0	1268
Coût suppl. (économies)/appel	\$32	\$20	\$20	\$0	\$0	
Coût total (économies)	\$3,618	\$11,986	\$6,079	\$0	\$0	\$21,683
Appeler la pharmacie	0	120	0	126	171	416
Coût suppl. (économies)/appel	\$32	\$20	\$20	\$0	\$0	
Coût total (économies)	\$0	\$2,397	\$0	\$0	\$0	\$2,397
Attendre <<sur le qui-vivre>>	1131	1318	0	377	171	2997
Coût suppl. (économies)/appel	\$32	\$20	\$20	\$0	\$0	
Coût total (économies)	\$36,181	\$26,369	\$0	\$0	\$0	\$62,551
Autre	113	240	0	0	341	694
Coût suppl. (économies)/appel	\$32	\$20	\$20	\$0	\$0	
Coût total (économies)	\$3,618	\$4,794	\$0	\$0	\$0	\$8,413
TOTAL	13568	25890	4255	18997	10232	72942
Coût total (économies)	\$82,765	(\$87,019)	(\$608)	(\$468,509)	(\$239,770)	(\$713,141)

**Tableau 7**  
**Coût différentiel du service TéléSoins**  
(d'après le point de vue de l'ensemble de la société)

<b>Dollars et cents...</b>	
<b>Coûts directs (recettes)</b>	
	<b>Total</b> <b>(deux années)</b>
<b>1) Frais d'exploitation de TéléSoins</b>	<b>= \$1,330,769</b>
<b>2) Économies possibles découlant de l'aiguillage vers les services de moins coûteux</b>	
a) "Meilleur scénario": tout les personnes suivent les conseils de TéléSoins	<b>(\$713,141)</b>
	<b>sous-total = \$817,628</b>
b) "Pire scénario": +9000 visites aux services d'urgences (32 \$ chacun)	<b>\$288,000</b>
	<b>sous-total = \$1,618,769</b>

<b>Pertes de production...</b>	
<b>Coûts indirects (avantages)</b>	
<b>3) Avantage - gains de productivité (moins de temps consacré au déplacement et à l'attente)</b>	
Minutes consacrées au déplacement vers un service d'urgence/clinique (aller-retour)	40
Minutes consacrées à l'attendre (période moyenne d'une visite non urgente au serv. urg.)	50
Total	90
(Mesure équivalent en heures)	1.50
Revenu moyen tiré d'un emploi - région 1 (1991; indexation de l'IPC pour l'année 1996)	\$36,254
i) Gains équivalents / tarifs horaire (salaire)	\$18.13
ii) pourcentage des usagers de TéléSoins qui occupaient un emploi (enquête de 1995)	54.8%
Coût d'option correspondant à une heure d'attente = i x ii x 50%	\$4.97
	<b>Autres</b>
	<b>Soins à domicile (rens. unique, etc)</b>
Volume des appels (1995 et 1996)	18,997 8,957
% des appels qui auraient normalement donné lieu à une visite	78.8% 78.3%
Nombre de visites évitées au serv. d'urg. ou dans une clinique r.v.	14,970 7,013
Coût du temps perdu à voyager évité grâce aux conseils sur les soins à domicile (heures / déplacement x coût de temps x nombre de déplacements évités)	(\$111,528) <b>Avantage</b>
Coût du temps perdu à voyager évité grâce aux renseignements communiqués (heures / déplacement x coût de temps x nombre de déplacements évités)	(\$52,251) <b>Avantage</b>
<b>4) Avantage - Économie en frais de déplacement</b>	<b>(\$162,674)</b>
(20 km aller-retour X 0,37 \$/ km X nombre de déplacements évités)	<b>Avantage</b>
	<b>= (\$326,453)</b>
<b>5) Coût direct net total et coûts indirects, selon le scénario retenu:</b>	
a) "Best case": all callers fully comply with disposition	<b>Sous-total = \$291,175</b>
b) "Worst case": observed trend in non-urgent ED (+9000 NUED)	<b>Sous-total = \$1,292,316</b>

<b>Pour conclure...</b>	
<b>6) Coût-efficacité</b>	
	<b>Nombres</b>
	<b>d'appels triés</b>
a) "Meilleur scénario": tout les personnes suivent les conseils de TéléSoins	63,864
b) "Pire scénario": +9000 visites aux services d'urgences (32 \$ chacun)	63,864
	<b>Coût net</b>
	<b>par appel</b>
	\$4.58
	\$20.24

## FIGURES



## **IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES**

**THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED  
TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST  
REPRODUCTIVE QUALITY**

**USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES  
REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN  
A COMPLETE READING OF THE TEXT.**

---

## **REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT**

**LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN  
DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE  
REPRODUCTION**

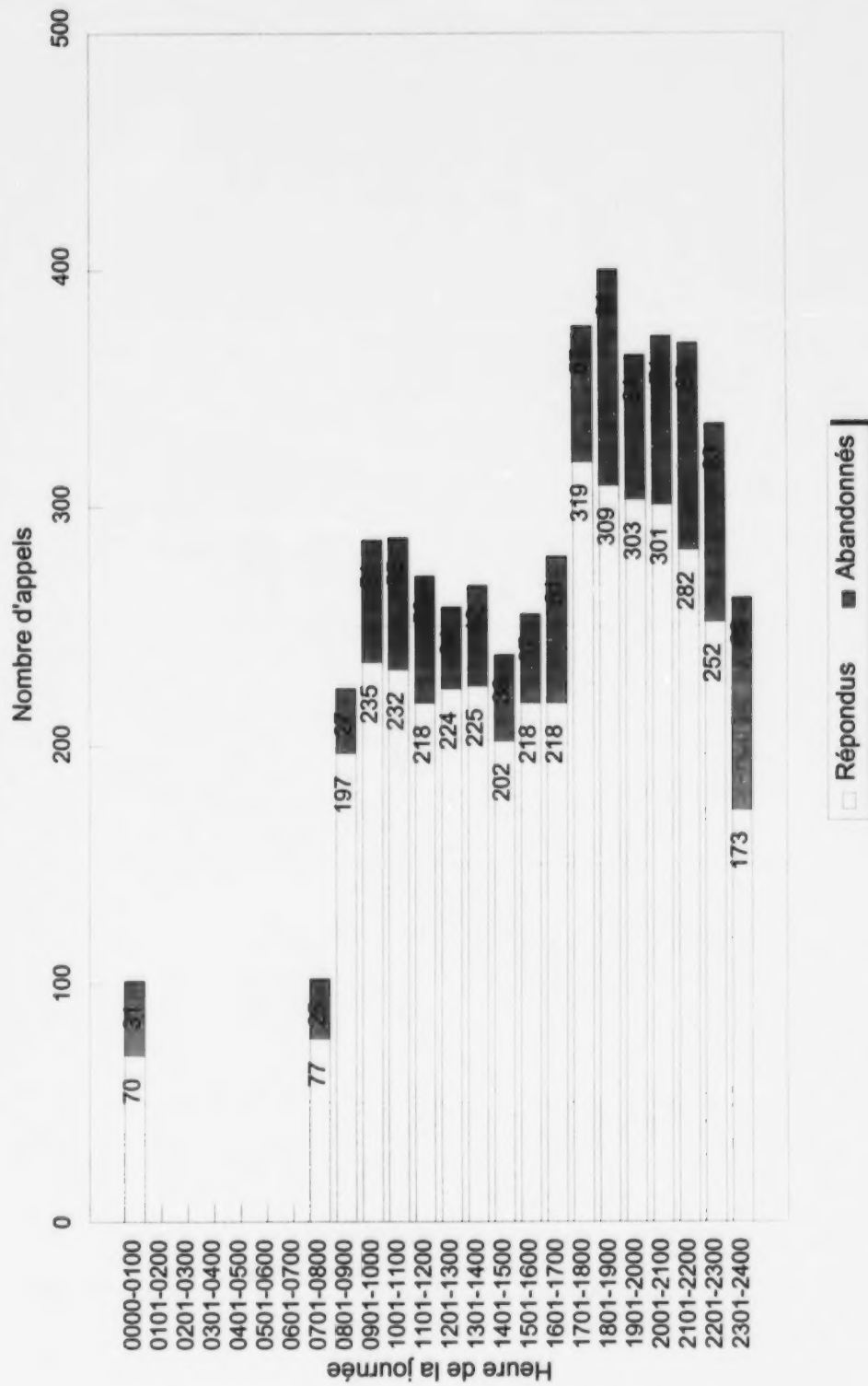
**LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES  
LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN  
D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL**

**micromedia**  
a division of IHS Canada

20 Victoria Street  
Toronto, Ontario M5C 2N8  
Tel.: (416) 362-5211  
Toll Free: 1-800-387-2689  
Fax: (416) 362-6161  
Email: [info@micromedia.on.ca](mailto:info@micromedia.on.ca)



**Figure 1: Appels répondus et abandonnés**  
selon l'heure de la journée (décembre 1996)



source: NBTel

Remarque. TéléSoins n'était en service qu'entre 7 h 00 et 1 h 00.

**Figure 1: Appels répondus et abandonnés**  
selon l'heure de la journée (décembre 1996)



source: NBTel  
Remarque. TéléSoins n'était en service qu'entre 7 h 00 et 1 h 00.

**Figure 2 - Décisions du personnel de TéléSoins - janvier 1995 à décembre 1996**

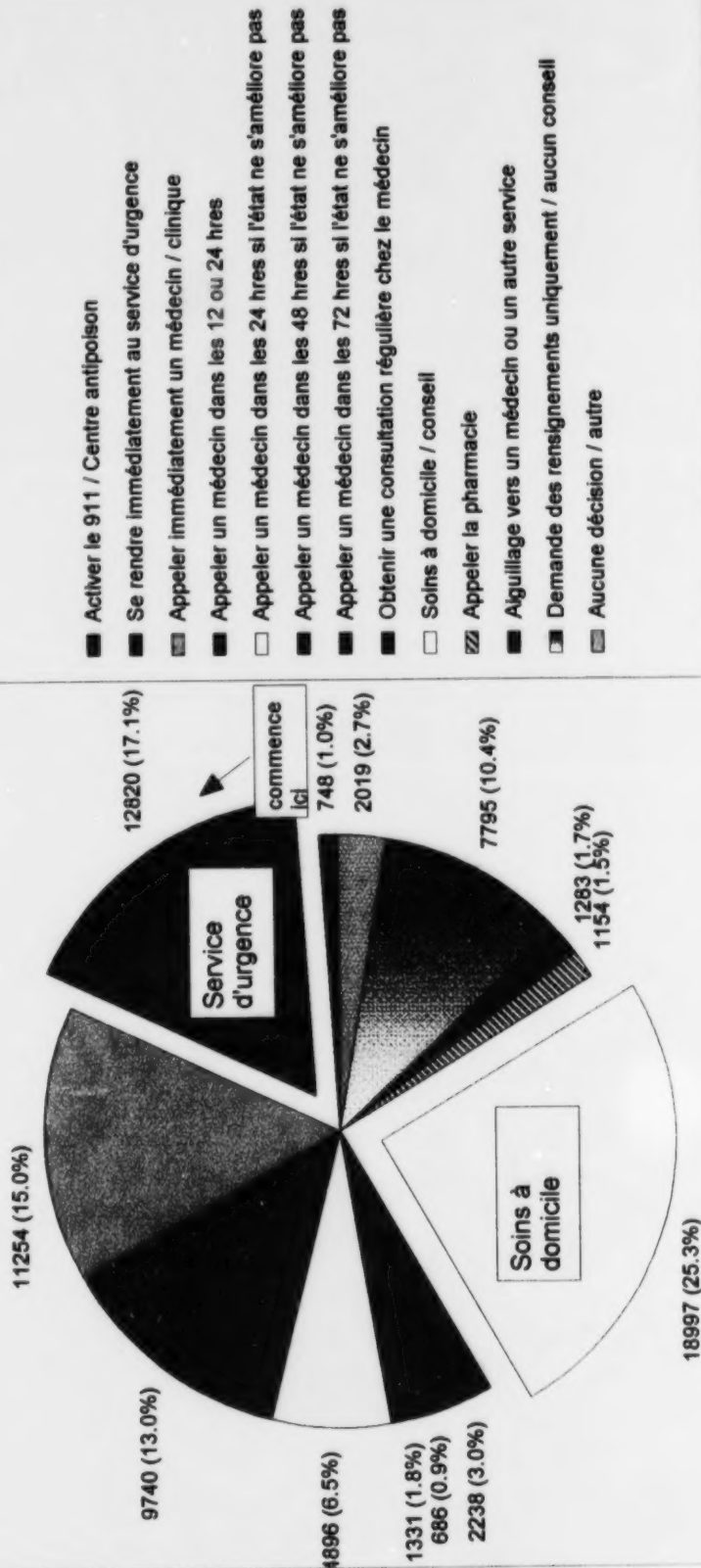
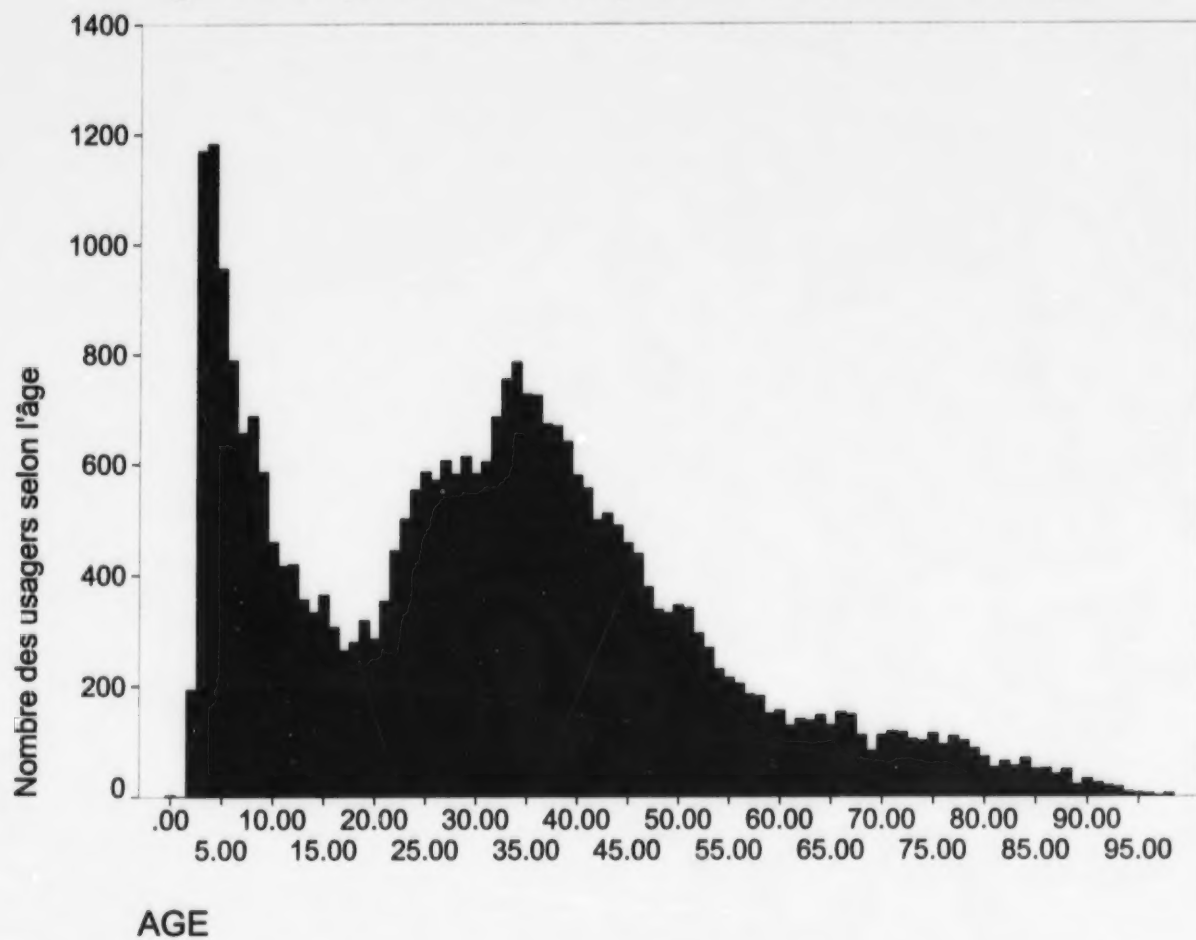
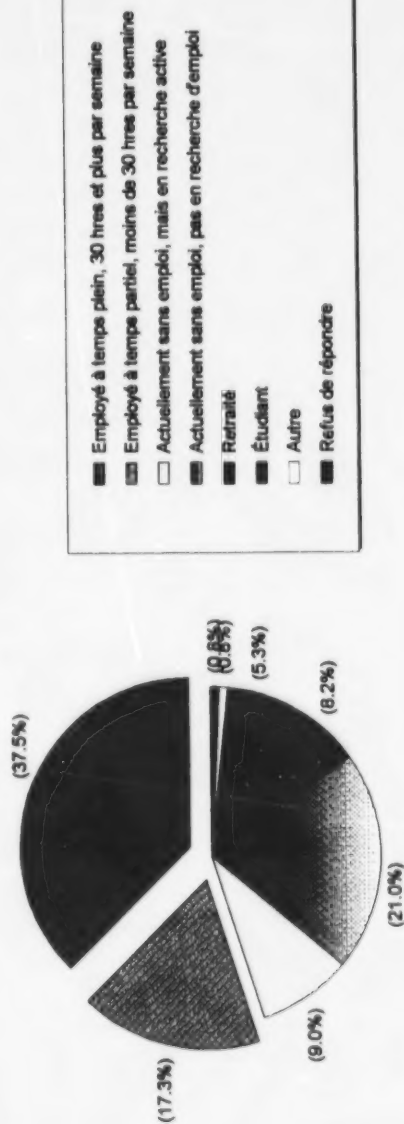




Figure 3: Répartition des usagers de TéléSoins selon l'âge



**Figure 4 - Lequel de ces énoncés reflète le mieux votre situation d'emploi?**  
(usagers de TéléSoins)

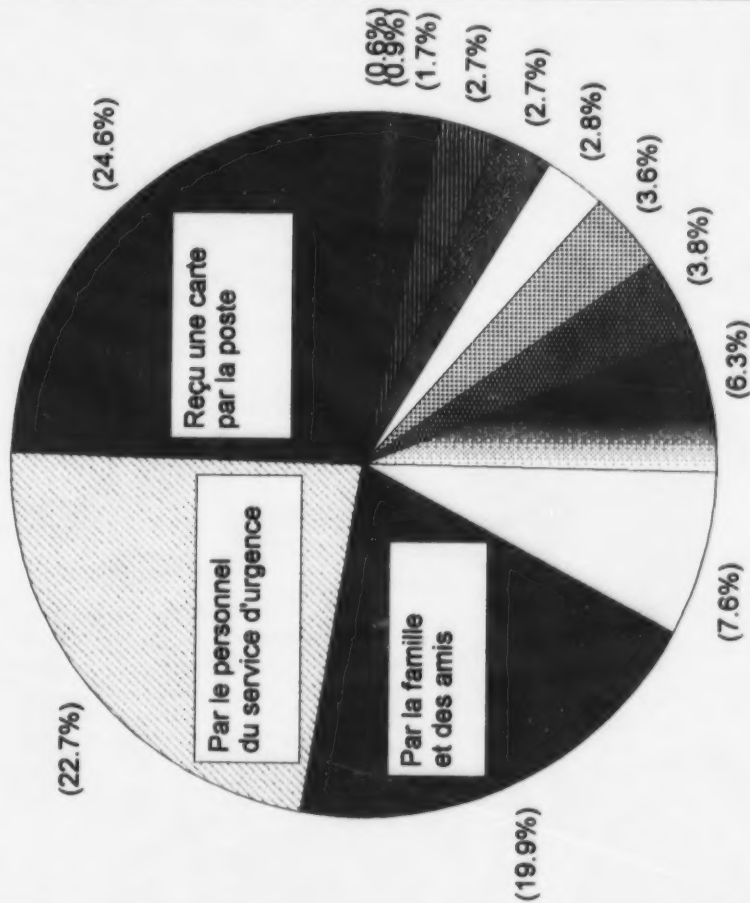


Source: enquête CRA de juillet 1995 (N=600 cas)

**Situation d'emploi - recensement de 1991**  
(tous les résidents de la région 1)



**Figure 5 -Comment avez-vous appris l'existence du service TéléSoins?**



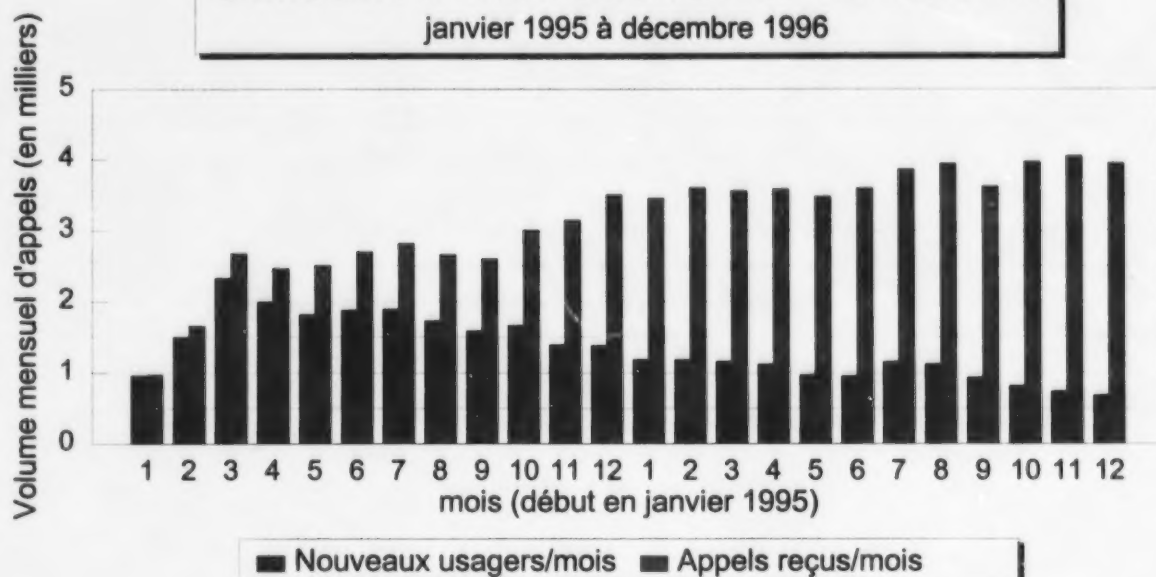
- Reçu une carte par la poste où figurait le numéro de téléphone
- ▨ Par le personnel du service d'urgence
- Par la famille et des amis
- Dans les journaux
- ▨ AI appelé au service d'urgence
- ▨ Annonces publicitaires et affiches
- ▨ AI appelé / visité un centre médical
- Je travaille à l'hôpital
- ▨ Par le médecin de famille
- ▨ Autre
- ▨ On m'a informé du service à l'hôpital
- ▨ À la pharmacie
- Ne sais pas / aucune opinion

Source: enquête CRA de juillet 1995 (N=600 cas)

# Figure 6

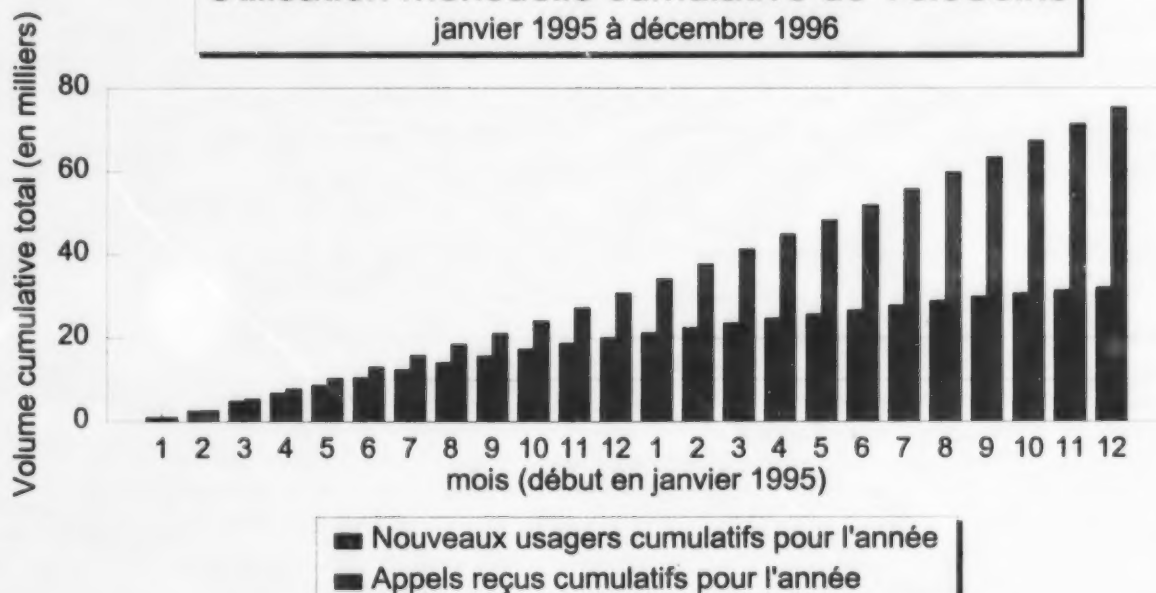
## Utilisation mensuelle de TéléSoins

janvier 1995 à décembre 1996



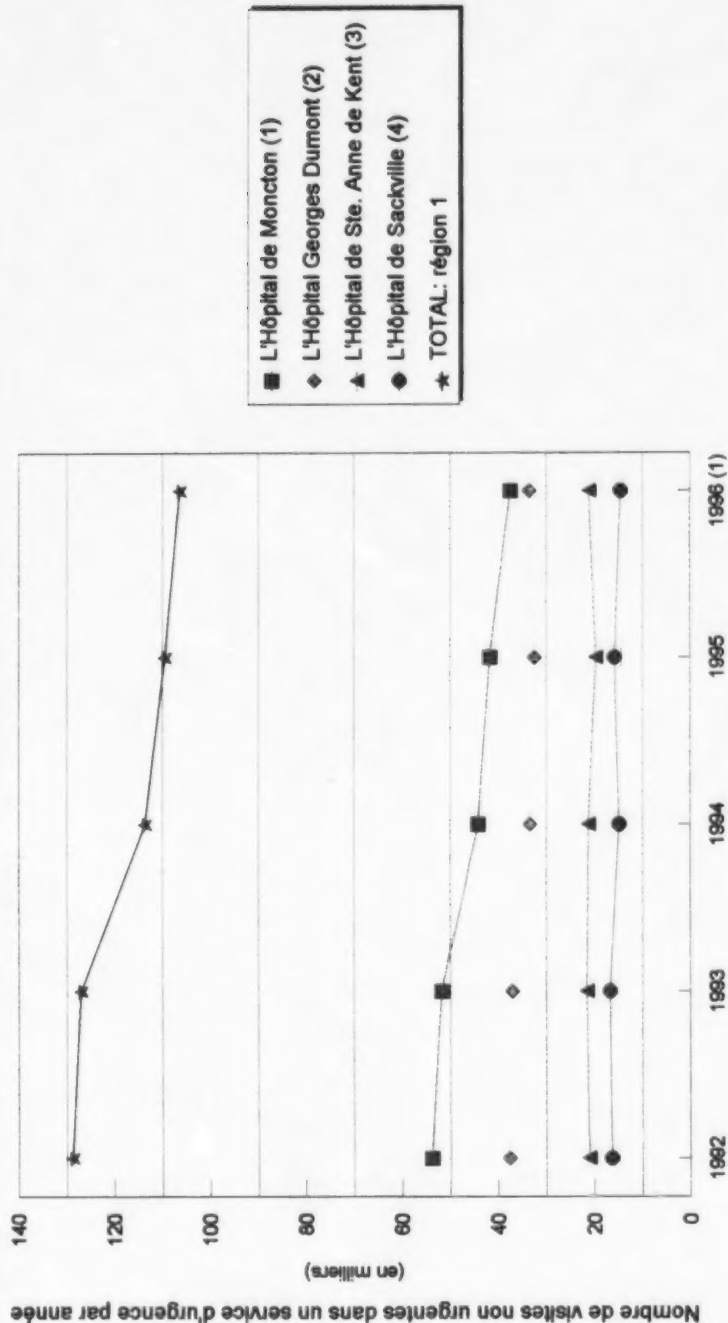
## Utilisation mensuelle cumulative de TéléSoins

janvier 1995 à décembre 1996



# Figure 7: Visites non urgentes dans un service d'urgence

Région 1



Remarque. (1) = Les visites non urgentes au service d'urgence de l'Hôpital de Moncton entre août et décembre 1996 se fondent sur les données du système MedITech; antérieurement, elles reposaient sur d'autres systèmes d'information, ainsi que selon le degré d'achalandage;

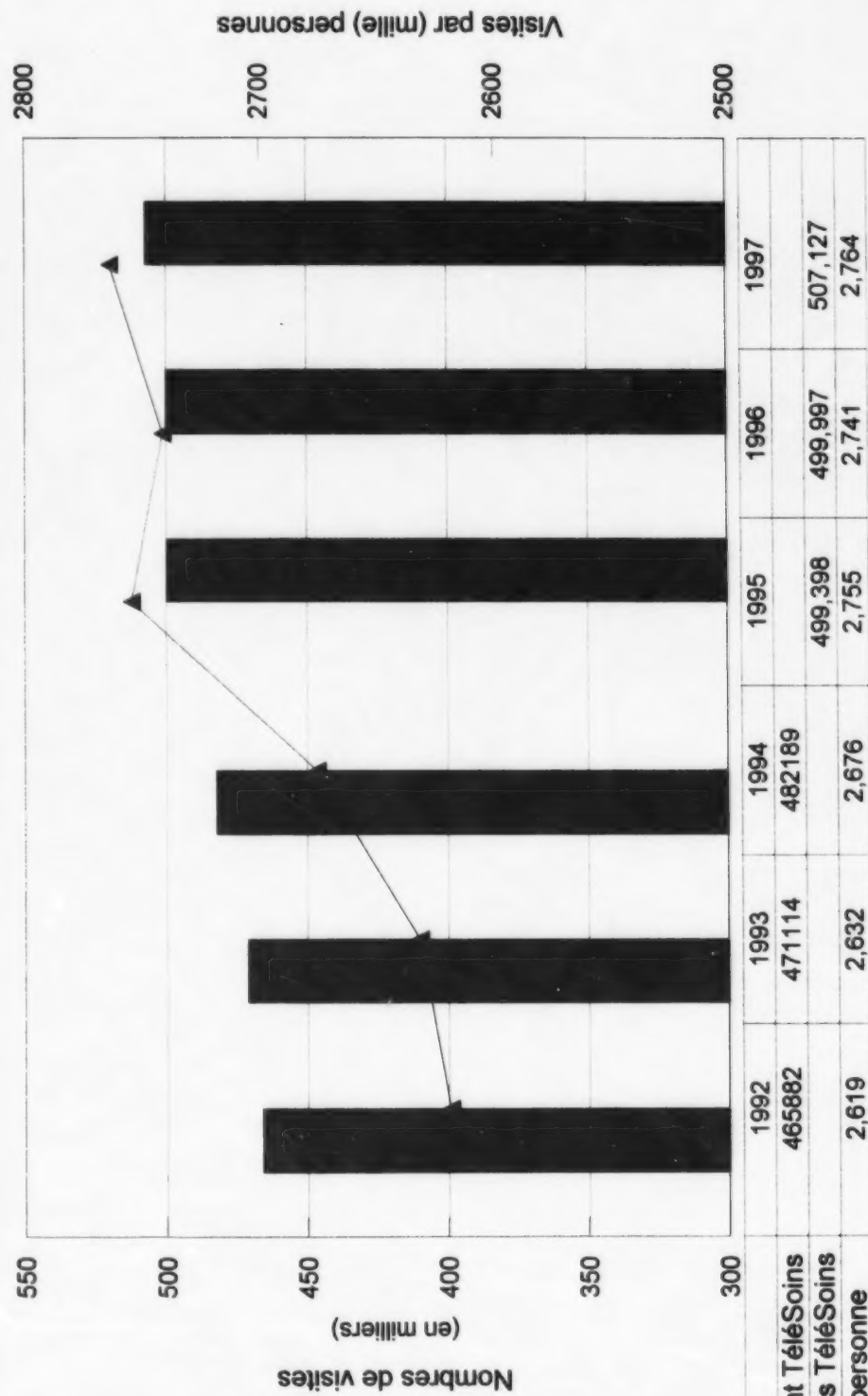
(2) = Les visites non urgentes à l'Hôpital Georges Dumont pour les années 1992, 1994, 1995 et 1996 proviennent des données du service d'urgence; pour l'année 1993, de l'enquête HS1 et 74% de visites non urgentes établies par interpolation des années 1992 et 1994.

(3) = Les visites non urgentes à Ste. Anne de Kent pour les années 1994, 1995 & 1996 se fondent sur les données d'urgence réel, selon le degré d'achalandage; pour les années 1992 et 1993 se fondent sur l'enquête HS1 de Statistique Canada, tandis que 74% des visites non urgentes proviennent du taux usuel des visites non urgentes en 1994.

(4) = Les visites non urgentes à Sackville se fondent sur 84% du nombre total de visites aux services d'urgence, établi dans une enquête sur les visites non urgentes réalisée entre le 8 décembre 1994 et le 13 janvier 1995, puis appliqué à l'ensemble des visites au service d'urgence

# Figure 8 - Visites au bureau d'un omnipraticien - région 1

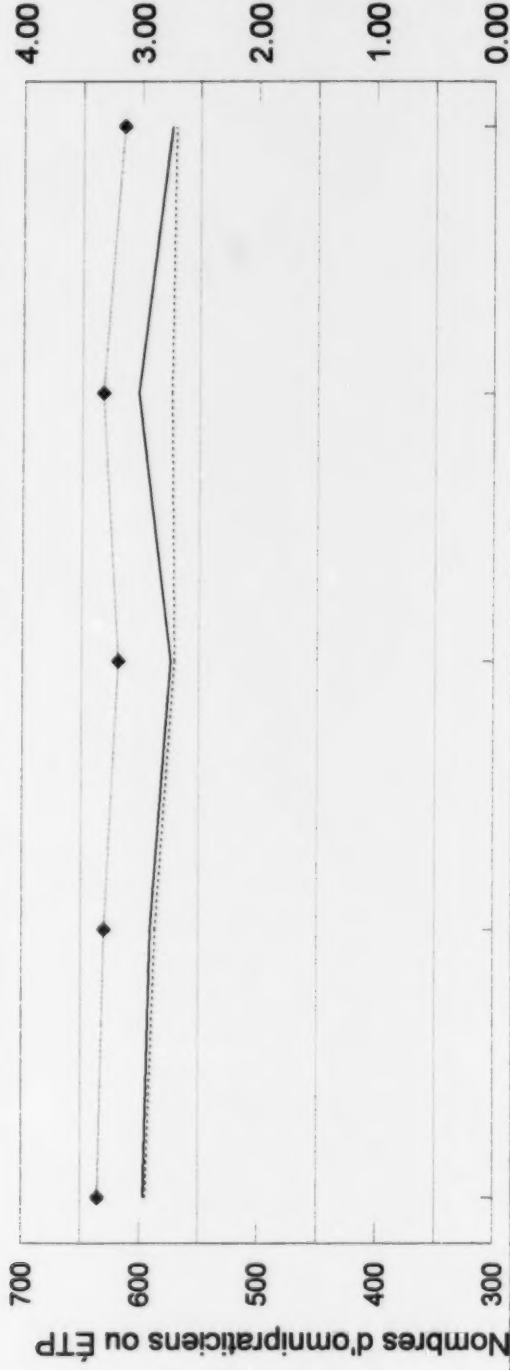
1992 - 1996



Remarque. Les services n'ont été offerts qu'aux résidents de la région 1.  
Données de l'Assurance-maladie



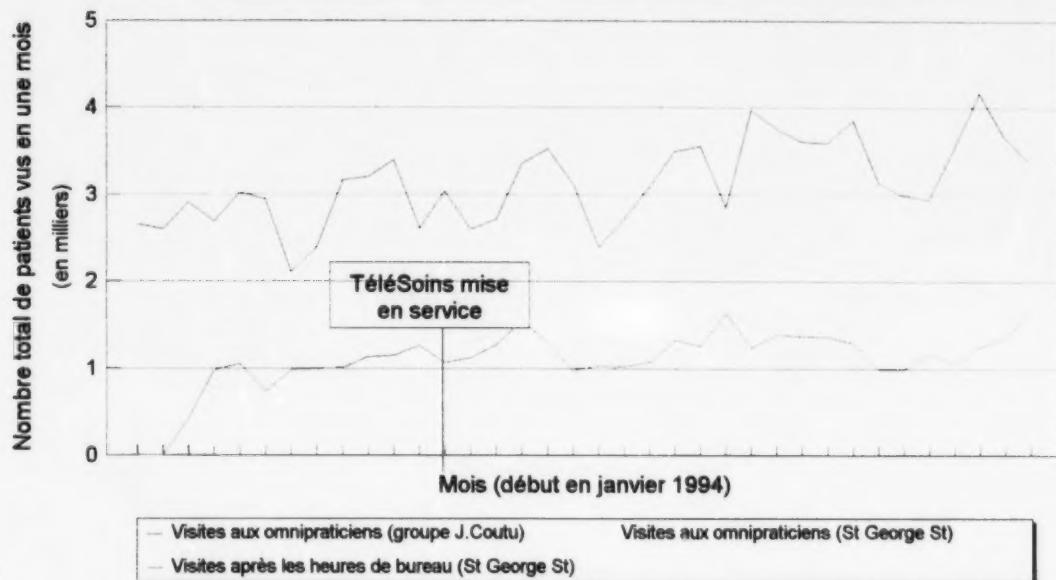
**Figure 9 - Effectifs en médecine générale - région 1**



	1981/82	1982/83	1983/84	1984/85	1985/86
.. Omnipraticiens	595	587	571	574	571
- ETPs	596.7	591.3	574.3	602.0	574.4
◆ ETPs/1 000 personnes	3.35	3.30	3.19	3.32	3.15

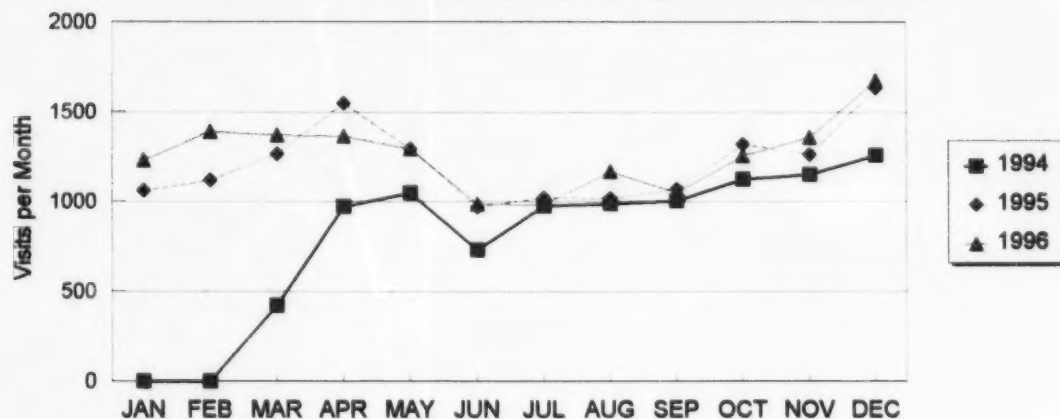
source: Données de l'Assurance-maladie  
ETP = Équivalents à temps plein

**Figure 10: Visites aux omnipraticiens qui pratiquaient aux cliniques de soirées (janvier 1994 à décembre 1996)**



Source: Assurance-maladie

**Figure 11 - Clinique de soirée de la rue Saint-George**  
Nombre de visites (janvier 1994 à décembre 1996)



Remarque. La clinique de la rue Saint-George est en activité depuis mars 1994

Source: Assurance-maladie

## **Annexe A**

## **Le coût-efficacité du point de vue de l'ensemble de la société**

Dans le but d'élargir quelque peu la perspective étroite du bailleur de fonds décrite dans la section 5.6, cette annexe aborde les autres coûts et avantages du point de vue du citoyen et de l'ensemble de la société. En particulier, on y examine les pertes de productivité attribuables au temps perdu à attendre, ou d'autres coûts individuels assumés directement par les usagers.

### **Coût indirects (avantages)**

À la décharge de Télé-Soins, il y a certaines économies ou certains avantages indirects qui viennent contrebalancer son coût direct de fonctionnement, qui découlent de la prestation d'un service par téléphone plus rapide et plus efficace. Comme l'indique le **Tableau 7**, ces avantages indirects prennent leur source dans la valeur attribuée à l'économie de temps et d'argent pour les patients qui n'ont pas à se rendre à la clinique sans rendez-vous ou au service d'urgence, ce qui s'applique tout particulièrement aux personnes qui habitent en zone rurale. Les économistes désignent généralement cette valeur par l'expression « surplus du consommateur ». Il y aurait lieu de tenir compte de cette valeur et des autres coûts directs au moment de calculer le coût différentiel net total de Télé-Soins.

Ainsi, la valeur du temps écoulé peut se chiffrer à 4,97 \$ l'heure, selon le revenu d'emploi moyen dans la Région 1<sup>44</sup>. Posant un cas fictif, si nous supposons un temps de trajet moyen aller-retour de 40 minutes, et 50 autres minutes de temps d'attente à l'arrivée au service d'urgence<sup>45</sup>, l'heure et demie obtenue correspond dans les faits à un coût caractéristique conjoint de déplacement et d'attente d'environ 7,50 \$ par déplacement. Ajoutons à cela une allocation kilométrique de base pour les frais de déplacement d'environ 0,37 \$ le kilomètre pour chaque aller-retour de 20 kilomètres. Ce qui correspond à une économie de 7,40 \$ par déplacement évité, en termes de coûts directement assumés par l'usager. Compte tenu du nombre de décisions allant dans le sens des soins à domicile prises pendant le projet pilote et du pourcentage de patients qui auraient normalement visité un service d'urgence ou une clinique sans rendez-vous<sup>46</sup>, nous obtenons un nombre total de déplacements inutiles qu'a réussi à prévenir Télé-Soins. Si nous combinons le coût de cette possibilité de déplacement et le nombre de déplacements inutiles économisés, des économies de 326 000 \$ en frais de déplacement et en temps se dégagent (gains de production, moins d'heures de

---

<sup>44</sup> D'après les données du recensement de 1991 pour le revenu d'emploi dans la Région 1. Ce coût horaire repose également sur la supposition voulant que les économies de temps ne s'appliquent que pour les clients de Télé-Soins qui occupent un emploi (54 %), et que seulement la moitié des déplacements entraîneront de fait une perte de production au travail. Ce qui permet d'obtenir une évaluation prudente de l'avantage indirect qui en découle.

<sup>45</sup> Selon le temps d'attente moyen d'un patient non urgent qui vient consulter un médecin au service d'urgence de l'Hôpital de Moncton (à noter que le temps d'attente n'a pas varié de façon significative pendant le projet pilote).

<sup>46</sup> D'après une enquête sur le taux de satisfaction réalisée en mars 1996, à l'aide de cas classés en regard des décisions de Télé-Soins.

travail perdues) et constituent un avantage indirect.

Donc, il est possible de modifier les rapports coût-efficacité établis dans la section 5.6 de manière à rendre compte de ces autres avantages indirects (le temps perdu à attendre et les coûts de déplacement évités), c'est-à-dire :

« Meilleur scénario » (du point de vue de l'ensemble de la société)

coût différentiel net de 291 175 \$ divisé par 64 000 appels en tout = 4,56 \$ par appel trié

« Pire scénario » (du point de vue de l'ensemble de la société)

coût différentiel net de 1 292 316 \$ divisé par 64 000 appels triés = 20,24 \$ par appel trié

Dans le « meilleur scénario », le coût marginal par contact non urgent de Télé-Soins est moindre que le coût marginal d'une visite dans une clinique sans rendez-vous (20 \$ pour la consultation d'un omnipraticien), ou que le coût d'une visite non urgente dans un service d'urgence (32 \$ la visite). Dans le « pire scénario », un système de soins de santé qui comprend Télé-Soins demeure donc moins coûteux que les seules visites non urgentes dans un service d'urgence, mais cette pratique se révèle à peu près aussi coûteuse qu'une visite chez un omnipraticien ou dans une clinique sans rendez-vous. Il convient de noter à cet égard que Télé-Soins possède certains autres avantages qui n'apparaissent pas directement dans ces rapports coût-efficacité<sup>47</sup>, comme nous l'indiquons dans la section 5.65. Il faut également savoir que le coût d'exploitation marginal de Télé-Soins est appelé à diminuer lorsque le service sera élargi à toute la province (compte tenu de la loi des économies d'échelle). Pour ces raisons, nous concluons à la plus grande coût-efficacité d'un système de soins qui comprend le service de triage de Télé-Soins, comparativement à la solution du « statu quo », laquelle se résume exclusivement aux infrastructures de soins primaires traditionnelles (bureau d'un omnipraticien, clinique sans rendez-vous et service d'urgence) qui offrent le service aux patients qui présentent des symptômes non urgents reportables.

47

En plus des valeurs obtenues par l'utilisation directe, il y a également la « valeur d'option » que les non-utilisateurs seraient prêts à payer afin de s'assurer un accès au service le cas échéant. Pour donner une idée de la somme dont il pourrait s'agir, citons K. Phillips et al. (1997), lesquels ont calculé que les résidents de San Francisco seraient prêts à payer 2,11 \$ par mois pour avoir un service d'accès téléphonique au centre anti-poison dans leur région (même s'ils n'auraient jamais besoin de ce service); quant aux résidents de la localité qui avaient déjà utilisé le service, ils seraient prêts à payer plus de 6 \$ par mois.

## **Annexe B**





## La bibliographie

- Afilalo, M., et al, "Emergency Department Use and Misuse", Journal of Emergency Medicine, 13 (2) 1995, p.259-264
- Anis, A.H., et al, "Cost-Effectiveness Analysis of the Ottawa Ankle Rules", Annals of Emergency Medicine, 26(4) Oct. 1995, p. 422-428
- Buesching, Don P., et al, "Inappropriate Emergency Department Visits", Annals of Emergency Medicine, 14(7) July 1985, p.672-676
- Burnett, Mark G., et al, "Use of the Emergency Department for Non-Urgent Care During Regular Business Hours", Canadian Medical Association Journal, 154 (9) May 1996, p.1345-1351
- CBC Radio, Interview with Dr. Brian McKinnon about "Doctor Direct", a new Dial-a-Doctor Service in New Brunswick, aired on "Maritime Noon", 12:45 p.m. November 21, 1995
- CBC TV, Interview with Dr. Brian McKinnon about "Doctor Direct", a new Dial-a-Doctor Service in New Brunswick, aired on "NB Now", 18:00 p.m. November 21, 1995
- Dale, Jeremy, et al, "Cost-Effectiveness of Treating Primary Care Patients in Accident and Emergency: a Comparison between General Practitioners, Senior House Officers, and Registrars", British Medical Journal, 312 May 1996, p. 1340-1344
- Derlet, R.W., et al, "Prospective Identification and Triage of Non-Emergency Patients Out of an Emergency Department: a 5 Year Study", Annals of Emergency Medicine, 25(2) Feb. 1995 , p.215-223
- Eagle, D. Joan, et al, "Misuse of the Emergency Department by the Elderly Population: Myth or Reality?", Journal of Emergency Nursing (19) vol.3 June 1993, p.212-218
- Edwards, B., "Telephone Triage: How Experienced Nurses Reach Decisions", Journal of Advanced Nursing, 19(4) April 1994, p.717-724
- Evans, R.J., et al, "Telephone Advice in the Accident and Emergency Department: a Survey of Current Practice", Archives of Emergency Medicine, 10(3) Sept. 1993, p. 216-219
- Franco, Sofia, et al, "Primary Physician Access and Gatekeeping: A Key to Reducing Emergency Department Use", Clinical Pediatrics, Feb. 1997, p.63-68
- Gadomski, Anne M., et al, "Diverting Managed Care Medicaid Patients from Pediatric Emergency Department Use", Pediatrics , 95(2) Feb. 1995, p.170-178
- George, J.E., et al, "Emergency Department Telephone Advice", Journal of Emergency Nursing, 21(5) Oct. 1995, p. 450-451
- Gill, James M., "Nonurgent Use of the Emergency Department: Appropriate or Not?", Annals of Emergency Medicine, 25(5) Nov. 1994 , p.953-957

- Grumbach, K, et al, "Primary Care and Public Emergency Department Overcrowding", American Journal of Public Health, 83 1993, p.372-378
- Guy, D.H., "Telephone Care for Elders: Physical, Psychosocial, and Legal Aspects", Journal of Gerontol Nurse, 21 (12) Dec. 1995, p.27-34
- Hagan, Louise et Gaétan Garon, "Évaluation de la satisfaction et de la capacité d'autosoin chez les usagers du service téléphonique Info-Santé de la région de Québec", Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, October 1996, pp.87
- Health and Welfare Canada, Health Services Directorate, "Emergency Department Workload Measurement System", a report under the National Hospital Productivity Improvement Program, August 1986, pp. 96
- Henry, P.F., "Legal Principles in Providing Telephone Advice", Nurse Practitioner Forum, 5(3) Sept. 1994 , p.124-125
- Hilditch, J., "Changes in Hospital Emergency Department Use Associated with Increased Family Physician Availability", Journal of Family Practice, 11(1) 1980, p.91-96
- Jacobs, P. And E.M. Hall, "Estimating the Cost of Outpatient Hospital Care", Alberta Health report, April 1995, pp.7
- Janowski, M.J., "Is Telephone Triage Calling You?", American Journal of Nursing, 95(9) Sept. 1995, p.59-62
- Kuensting, L.L., "'Triaging Out' Children with Minor Illnesses from an Emergency Department by a Triage Nurse: Where Do They Go?", Journal of Emergency Nursing, 21 (2) April 1995, p.102-108
- Leprohon, J. Et al, "Decision-making Strategies for Telephone Triage in Emergency Medical Services", Medical Decision-Making, 15(3) July-Sept. 1995, p.240-253
- Lewis, S. et al, "Reducing Non-Urgent Use of the Emergency Department", in Issues & Directions , Saskatchewan Health Services Utilization and Research Commission, December 1997, p.1-12
- Lippman, H., "RNs Take Over for Denver Pediatricians", Registered Nurse, 58(3) March 1995 , p.52-54
- Manuel, J., "Emergency Department Phone Triage Record", Journal of Emergency Nursing, 19(1) Feb. 1993 , p.53
- Marklund, Bertil. et al, "Evaluation of the Telephone Advisory Activity at Swedish Primary Health Care Centres", Family Practice (7) vol.3 1990, p.184-189
- Martin, C., et al, "Telephone Consultation for a Managed Care Population", Journal of Emergency Nursing, 21(2) April 1995, p.155-156

- Optenberg, Scott A., et al, "Emergency Care Episodes: an Economic Profile", Journal of Ambulatory Care Management, 18(1) Jan. 1995, p.1-12
- O'Shea, J. et al, "An Attempt to Influence Health Care Visits of Frequent Hospital Emergency Department Users", Clinical Pediatrics, Oct. 1984 p.559-562
- Phillips, K. et al, "Willingness to Pay for Poison Control Centers", Journal of Health Economics (16) 1997, p.343-357
- Poole, S.R., et al, "After-Hours Telephone Coverage: the Application of an Area-wide Telephone Triage and Advice System for Pediatric Practices", Pediatrics, 92(5) Nov. 1993, p.670-679
- Quan, Linda, comments about "Children's Resource Line", as part of "Controversies in Pediatric Emergency Medicine", Pediatric Emergency Care, 9(5) Oct. 1993, p.304-306
- Rachlis, M. and C. Kushner, Strong Medicine, (Harper-Collins, 1994)
- Rizos, John, et al, "Walk-in Clinics: Implications for Family Practice", Canadian Medical Association Journal, 143 (8) , 1990 p.740-743
- Roberts, Jacqueline et al, "The Effectiveness and Efficiency of Telephone Nursing Support for Poorly Adjusted Chronically Ill Adults Who Had Attended Specialty Clinics: Improving Psychosocial Adjustment and Reducing Health Service Utilization and Expenditures", NHRDP Report, by Faculty of Health Sciences, McMaster University
- Selby, J.V., et al, "Effect of a Copayment on Use of the Emergency Department in a Health Maintenance Organization", New England Journal of Medicine, March 1996, p.635-641
- Shaw, C. P., et al, "An Expanded Emergency Service: Role of Telephone Services in the Emergency Department", Annals of Emergency Medicine, 9(12) 1980, p.617-623
- Shesser, Robert, et al, "An Analysis of Emergency Department Use by Patients with Minor Illness", Annals of Emergency Medicine, 20(7) July 1991, p.743-748
- Simon, G. E., et al, "Impact of Visit Copayments on Outpatient Mental Health Utilization by Members of a Health Maintenance Organization", Am Journal of Psychiatry, 153(3) March 1996, p.331-338
- Sramek, M, et al, "Telephone Triage of Cardiac Emergency Calls by Dispatchers: a Prospective Study of 1386 Emergency Calls", British Heart Journal, 71(5) May 1994, p.440-445
- Thompson, James M., et al, "Use of Emergency Outpatient Services in a Small Rural Hospital", Canadian Family Physician, Vol. 38: October 1992, p.2322-2331
- Wachter, C.E., "Triage of Medical or Social Issues through Pre-Operative and Post-Operative Telephone Calls by Primary Nurses", Insight, 20(2) June 1995, p.16-20
- Werne, C.S., "Cost-Effective Triage, Diagnosis and Treatment of Patients with Chest Pain in the Emergency Medicine Department", Critical Interval, vol 5 (3)

- Wheeler, S.Q., "Telephone Triage: Sidestepping the Pitfalls", Nursing, 24(5) May 1994, p.32
- Wilkins, Valerie C., "Pediatric Hotline: Meeting Community Needs While Conserving Healthcare Dollars", JONA, 23(3) 1993, p.26-28
- Williams, S., et al, "Providing Health-care Advice by Telephone", Professional Nurse, 10(12) Sept. 1995, p.750-752
- Williamson, Robert, "The Costs of Visits to Emergency Departments", New England Journal of Medicine, 334 (10) March 1996, p.642-646
- Williamson, Robert, "Distribution of Emergency Department Costs", Annals of Emergency Medicine, 28(6) Dec. 1996, p.671-676
- Young, Gary P., et al, "Ambulatory Visits to Hospital Emergency Departments", Journal of the American Medical Association, 276(6) Aug. 1996, p.460-465

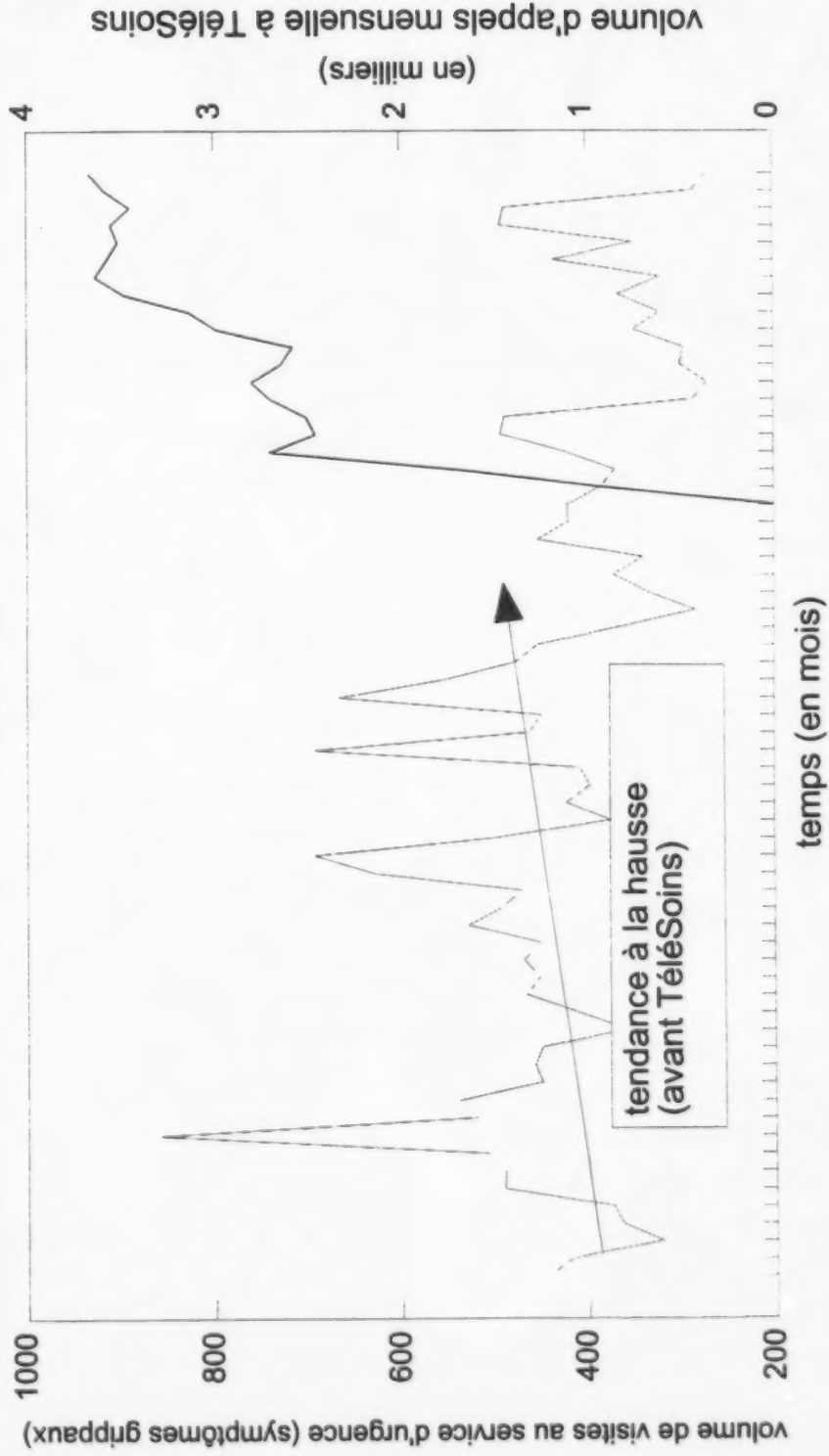
## **Annexe C**





# La tendance concernant les symptômes grippaux

à l'Hôpital de Moncton (avril '91 à juillet '96)



— Symptômes grippaux à serv. d'urg. — volumes d'appels à TéléSoins

# Résultats d'analyse de régression

*Effet du volume d'appels à TéléSoins et hausse ou baisse des symptômes précis présentés pour les cas non urgents au service d'urgence de l'Hôpital de Moncton*

F = Fishers F statistique; F\* 13,50 =1.87

Bcallvol = coefficient pour la variable "volume d'appels à TéléSoins"

t stat (significatif = alpha 0.05) pour "volume d'appels à TéléSoins"

## Rangée en ordre de l'effet

ASSOCIATION NEGATIF		F	Bcallvol	t stat sig%
Colds & Flu (combined conditions)	Cold&Flu	5.3	-0.0269	2.7
abrasions contusions scratches	v24	19.0	-0.0260	0.0
post-op complication	v38	13.8	-0.0184	9.1
gastro-intestinal hemorrhage	v611	2.3	-0.0160	0.0
otitis media	v118	12.6	-0.0157	1.8
viral illness	v990	1.5	-0.0089	2.7
laceration -minor	v22	22.0	-0.0076	10.6
sore back -no injury	v214	8.0	-0.0072	0.2
chest wall pain	v520	6.5	-0.0051	0.3
UTI	v705	17.0	-0.0041	0.7
dental problems toothache	v114	5.5	-0.0038	0.1
fever NYD	v524	1.0	-0.0037	9.0
sore neck -no injury	v215	8.0	-0.0037	0.0
bronchitis	v511	11.0	-0.0036	9.0
strep throat	v550	2.6	-0.0023	2.8
unspec disorder of arm	v311	3.3	-0.0021	3.6
sinusitis	v8	7.1	-0.0019	9.5
pregnancy	v733	1.9	-0.0017	0.3
gout	v219	3.4	-0.0014	0.7
sore eye - no injury	v18	8.0	-0.0012	19.3
cyst /lesion	v13	6.7	-0.0010	8.0
laceration major	v23	2.6	-0.0008	13.7
cerumen impaction	v123	8.0	-0.0007	15.5
scabies / lice	v996	2.4	-0.0003	28.9
swollen glands	v31	2.1	-0.0002	29.8
ASSOCIATION POSITIF:				
sprains - strains	v233	4.6	0.0181	11.9
unspecified chest conditions	v512	5.5	0.0079	6.5
unspecified abd. cond	v615	6.4	0.0068	16.4
gastro-enteritis	v604	4.4	0.0038	25.5
puncture / stab wound	v985	9.9	0.0025	14.8
epigastric pain	v603	1.7	0.0019	1.0
suture removal	v994	5.5	0.0019	2.8
ingrown nail	v915	6.2	0.0006	16.4

## **Annexe D**



## Résultats d'analyse de régression

### Effet du volume d'appels à TéléSoins sur la hausse du nombre total des visites non urgentes dans les service d'urgence (i.e. $H_0: \beta_1 = 0$ )

#### Sources de données:

NUED: Les Hôpitaux de Moncton, Ste-Anne-de-Kent, et Georges Dumont

TéléSoins: les appels mensuelles de la région 1

données de Medicare: nombres de visites aux bureaux des omnipraticiens de la région 1

#### Résultats:

$$\begin{array}{rcccccc} \text{NUED} = \beta_0 + \beta_1 (\text{Tcvol}) + \beta_2 (\text{Offvisit}) + \beta_3 (\text{Trend}) + \beta_4 (\text{DTMH}) + \beta_5 (\text{DStAK}) \\ +3027 \quad +0.0856 \quad -0.008335 \quad -25.74 \quad +573.4 \quad -1998.3 \\ (476.5) \quad (0.02803) \quad (0.006788) \quad (3.669) \quad (90.49) \quad (200.22) \end{array}$$

$$\begin{array}{rcc} + \beta_6 (\text{NUVISI}_1) + \sum \beta_i (\text{Xi seasonalité}) \\ +0.33108 \quad \quad \quad I = 7 \text{ to } 17 \\ (0.07039) \quad \quad \quad \text{A priori significatif} \end{array}$$

$$R^2_{\text{adj}} = 0.956 \quad F = 111.9 \quad \text{signif } F = 0.0001$$

$\beta_0$  = la interception;  $\beta_i$  = coefficient sur la variable  $i$

Tcvol = les appels mensuelles à TéléSoins

Offvisit = nombres de visites mensuelle aux bureaux des omnipraticiens

Trend = la tendance historique (années)

DTMH = la variable "dummy" qui signifie la différence entre la base (G. Dumont) et l'Hôpital de Moncton

DStAK = la variable "dummy" qui signifie la différence entre la base (G. Dumont) et l'Hôpital Ste. Anne de Kent

NUVISI\_1 = lagged valeur de NUED pour chaque observation (pour corriger une condition de autocorrelation observé dans une modèle précédente)

Xi seasonalité = 11 variables "dummy" pour identifier chaque mois.

L'équation résultante serait à l'origine d'environ 96 % de la fluctuation constatée dans les visites non urgentes aux services d'urgence; dans l'ensemble elle revêt une signification au plan statistique (niveau de confiance de 99 %). Le coefficient positif du volume d'appels à Télé-Soins est également significatif en soi (i.e.  $H_0: \beta_1 > 0$ ), et il pourrait laisser entendre que pour chaque nouvel appel logé, le nombre de visites non urgentes aux services d'urgence augmente à raison d'une fraction de visite (0,0856). En d'autres mots, pour 11,7 appels reçus à Télé-Soins, il y a une visite non urgente de plus dans un service d'urgence. Donc, l'application de ce coefficient au nombre total combiné des appels observés à Télé-Soins pendant les deux années qu'a duré le projet pilote (N=75 248) permet d'établir qu'environ 6 400 visites non urgentes dans les services



d'urgence étaient attribuables à Télé-Soins. Une certaine incertitude statistique étant toujours présente (taux d'erreur-type de  $\beta=1$ ), il serait sans doute préférable d'en déduire plutôt une estimation par intervalle. Le cas échéant, le nombre de visites non urgentes supplémentaires dans les services d'urgence imputables à Télé-Soins pourrait varier dans l'ensemble entre 2 000 et 10 000 (intervalle de confiance de 95 %).

## **Annexe E**

**Satisfaction Survey  
of Emergency Dept. Users**

conducted in

Region 1, January 1995

Planning and Evaluation (PAE)

**PATIENT SATISFACTION SURVEY (438-0001)**

Good Afternoon/Evening, may I speak to (insert name of respondent)? If available - continue, otherwise arrange call back. My name is \_\_\_\_\_ of Corporate Research Associates Inc.. As you may or may not know, we are currently conducting a Patient Satisfaction Survey on behalf of the Region 1 Hospital Corporation. According to their records you recently visited the Emergency Room at the (insert name of hospital facility) and I would like to ask you a few questions regarding the quality of services and care you received. It will take less than ten minutes, is this a good time?

- |       |   |   |
|-------|---|---|
| ● Yes | 1 | Continue  |
| ● No  | 2 | Arrange CallBack If Possible or Thank & Terminate |

1. Overall, would you say that you were ... with the quality of care and service you received on your most recent visit to the Emergency Department of (insert name of hospital)?

Very Satisfied	Somewhat Satisfied	Somewhat Dissatisfied	Very Dissatisfied	No opinion (---)
1	2	3	4	

2. In your opinion, would you say that the quality of care and service which you received was ...

- |                            |   |                  |
|----------------------------|---|------------------|
| • As Expected              | 1 | Go To Question 4 |
| • Better Than Expected, or | 2 | Go To Question 4 |
| • Less Than Expected       | 3 | Continue         |
| • No opinion (vol.)        | 4 | Go to Question 4 |

3. In what way was the care you received less than expected?

---

4. Please indicate the extent of your satisfaction with each of the following elements of service you received from the nursing staff at the emergency department. Would you say that you were... with ...

Very Satisfied	Somewhat Satisfied	Somewhat Dissatisfied	Very Dissatisfied	No opinion (vol.)
----------------	--------------------	-----------------------	-------------------	-------------------

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| ● The quality of nursing care you received   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ● The promptness with which you were assessed by a nurse   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ● The information you received about your illness, diagnostic procedures and treatment from the nurses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ● The information or instructions you received about caring for yourself at home from the nurses       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ● The attention that was given by the nursing staff to your concerns and worries about your symptoms   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

# PATIENT SATISFACTION SURVEY (438-0001) (Cont'd)

- The courteousness of the nursing staff and their attempts to make your treatment as pleasant as possible

1 2 3 4 5

5. Now I would like you to indicate the extent of your satisfaction with each of the following elements of service you received from the physicians or doctors at the hospital. Would you say that you were ... with ...

Very Satisfied      Somewhat Satisfied      Somewhat Dissatisfied      Very Dissatisfied      No opinion (vol.)

- The quality of physician care you received

1 2 3 4 5

- The promptness with which you were examined by a physician

1 2 3 4 5

- The information you received about your illness, diagnostic procedures and treatment from the physician

1 2 3 4 5

- The information or instructions you received about caring for yourself at home from the physician

1 2 3 4 5

- The attention that was given by the medical staff to your concerns and worries about your symptoms

1 2 3 4 5

- The courteousness of the medical staff and their attempts to make your treatment as pleasant as possible

1 2 3 4 5

6. How satisfied were you with the equipment and facilities at the Emergency Department of the hospital? Were you...

Very Satisfied      Somewhat Satisfied      Somewhat Dissatisfied      Very Dissatisfied      No opinion (vol.)  
1                      2                      3                      4                      5

7. Would you say that you were ... with the promptness with which your tests and procedures were completed?

Very Satisfied      Somewhat Satisfied      Somewhat Dissatisfied      Very Dissatisfied      No opinion (vol.)  
1                      2                      3                      4                      5

## PATIENT SATISFACTION SURVEY (438-0001) (Cont'd)

8. Thinking now only about the medical reason or condition which caused your most recent visit to the Emergency Department during the past 12 months, has it been necessary for you to visit the Emergency Department of this or any other hospital for this same medical reason or condition?

- Yes 1 Continue
- No 2 Go to Question 10

9. How many times have you visited the Emergency Department for this medical problem or condition during the past 12 months (Interviewer - record response as per week, per month, or per year)?

10. Which of the following, if any, best describes the reason for your most recent visit to the Emergency Department?

- Told to go by doctor 1
- Told to go by doctor's answering service, etc. 2
- Thought test might be required (blood test, x-rays, etc) 3
- More convenient than going to doctor's office 4
- Thought it would take too long to get an appointment with doctor 5
- Needed to see a doctor, but don't currently have a family doctor 6
- Other : \_\_\_\_\_ 9

I now have just a few final questions about yourself that will help to classify the answers you have so kindly provided.

11. Which of the following best describes your current employment status, as you...

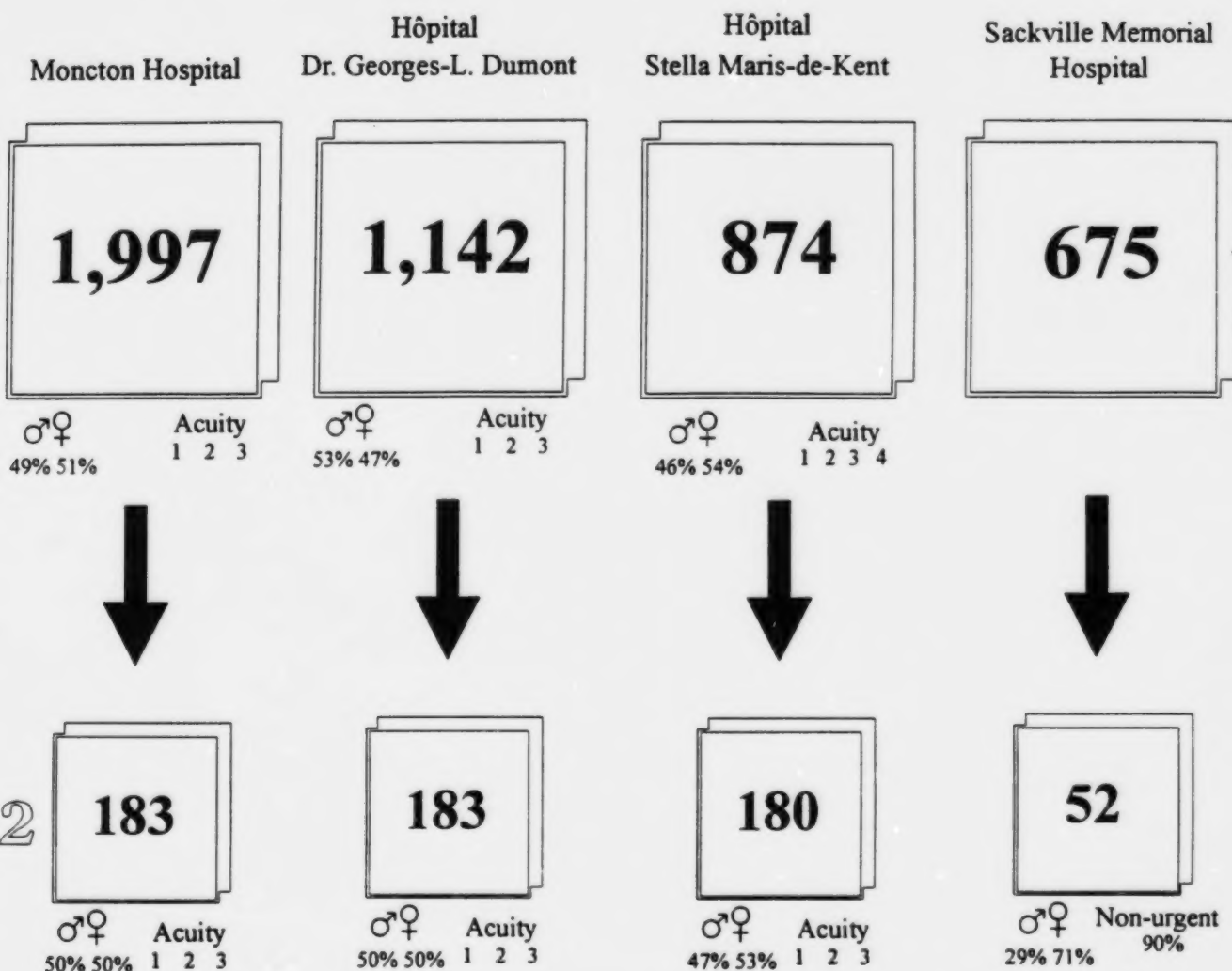
- Employed full-time, that is 30 hours or more a week 1
- Employed part-time, that is less than 30 hours per week 2
- Not currently employed but actively looking for work 3
- Not currently employed but not looking 4
- Retired 5
- Student 6
- Refused (vol.) 7
- Other: \_\_\_\_\_ 9

12. What is the highest level of education you received?

- Less Than High School 1
- Graduated High School 2
- Some University/Community College/Tech. 3
- Graduated University/Community College/Technical 4
- Refused (vol.) 5
- Other: \_\_\_\_\_ 6
- Postgraduate studies



# Satisfaction Survey - Patient Sample



1 Number of patients who registered at emergency departments between January 1st and 14th, 1995

2 Number of patients who participated in the satisfaction survey

## Patient Satisfaction Survey Results

The following four tables describe the patient satisfaction survey results for the participants from each of the four facilities. The most popular three responses for each question are provided in raw number and percentage format. The remaining responses were varied depending on the question asked and available responses.

### Moncton Hospital - Survey Results

<u>Question:</u>	<u>1st</u>	<u>2nd</u>	<u>3rd</u>
1) Quality of care/service received on most recent visit	Very satisfied 130 (71%)	Somewhat satisfied 32 (18%)	Somewhat dissatisfied 12 (7%)
2) Quality of care/service was...	As expected 99 (54%)	Better than expected 60 (33%)	Less than expected 22 (12%)
3) In what way was care/service less than expected?	Wait was too long 12 (44%)	Staff unfriendly 7 (26%)	Not diagnosed correctly 4 (15%)
4) Satisfaction re: nursing care			
- quality of care	Very satisfied 145 (80%)	Somewhat satisfied 26 (14%)	No opinion 7 (4%)
- promptness of assessment	Very satisfied 136 (74%)	Somewhat satisfied 23 (13%)	Somewhat dissatisfied 12 (7%)
- information about illness/procedures/treatment	Very satisfied 117 (64%)	No opinion 36 (20%)	Somewhat satisfied 25 (14%)
- instructions on self-care	Very satisfied 90 (49%)	No opinion 68 (37%)	Somewhat satisfied 20 (11%)
- attention to concerns/worries	Very satisfied 130 (71%)	Somewhat satisfied 25 (14%)	No opinion 20 (11%)
- courteousness	Very satisfied 148 (81%)	Somewhat satisfied 22 (12%)	No opinion 8 (4%)
5) Satisfaction re: physician care			
- quality of care	Very satisfied 141 (77%)	Somewhat satisfied 23 (13%)	Somewhat dissatisfied 8 (4%)
- promptness of assessment	Very satisfied 108 (59%)	Somewhat satisfied 41 (22%)	Very dissatisfied 13 (7%)
- information about illness/procedures/treatment	Very satisfied 124 (68%)	Somewhat satisfied 36 (20%)	No opinion 11 (6%)
- instructions on self-care	Very satisfied 120 (66%)	Somewhat satisfied 28 (15%)	No opinion 22 (12%)

- attention to concerns/worries	Very satisfied 137 (75%)	Somewhat satisfied 26 (14%)	No opinion 12 (7%)
- courteousness	Very satisfied 147 (80%)	Somewhat satisfied 22 (12%)	No opinion 7 (4%)
6) Satisfaction with equipment and facilities	Very satisfied 144 (79%)	Somewhat satisfied 21 (12%)	No opinion 12 (7%)
7) Satisfaction with promptness of tests/procedures	Very satisfied 136 (75%)	Somewhat satisfied 20 (11%)	No tests 16 (9%)
8) Repeat visits to ED for same medical reason (within past 12 months)	No 130 (71%)	Yes 53 (29%)	
9) Number of times to ED for same medical reason (within past 12 months)	"2 times" 22 (42%)	"1 time" 13 (25%)	"3 times" 5 (10%)
10) Reason for most recent visit to ED	was an emergency 46 (25%)	told to go by Dr. 33 (18%)	might need tests 24 (13%)
11) Employment status	Employed Full time 90 (45%)	Not employed Not looking 22 (12%)	Retired 22 (12%)
12) Highest level of education	< High School 62 (34%)	Graduated fr. High School 54 (30%)	Graduated fr. Univ/CC/Tech 35 (19%)

# Hôpital Dr. Georges-L. Dumont - Survey Results

<u>Question:</u>	<u>1st</u>	<u>2nd</u>	<u>3rd</u>
1) Quality of care/service received on most recent visit	Very satisfied 95 (52%)	Somewhat satisfied 64 (35%)	Somewhat dissatisfied 15 (8%)
2) Quality of care/service was...	As expected 118 (65%)	Better than expected 42 (23%)	Less than expected 22 (12%)
3) In what way was care/service less than expected?	Wait was too long 12 (50%)	Staff unfriendly 4 (17%)	Not diagnosed correctly 3 (12%)
4) Satisfaction re: nursing care			
- quality of care	Very satisfied 124 (68%)	Somewhat satisfied 48 (26%)	No opinion 7 (4%)
- promptness of assessment	Very satisfied 111 (61%)	Somewhat satisfied 52 (28%)	Somewhat dissatisfied 9 (5%)
- information about illness/procedures/treatment	Very satisfied 90 (49%)	Somewhat satisfied 59 (32%)	No opinion 23 (13%)
- instructions on self-care	Very satisfied 86 (47%)	No opinion 46 (25%)	Somewhat satisfied 43 (24%)
- attention to concerns/worries	Very satisfied 97 (53%)	Somewhat satisfied 68 (37%)	No opinion 17 (9%)
- courteousness	Very satisfied 116 (63%)	Somewhat satisfied 55 (30%)	No opinion 8 (4%)
5) Satisfaction re: physician care			
- quality of care	Very satisfied 110 (60%)	Somewhat satisfied 56 (31%)	Somewhat dissatisfied 8 (4%)
- promptness of assessment	Very satisfied 93 (51%)	Somewhat satisfied 45 (25%)	Somewhat dissatisfied 23 (13%)
- information about illness/procedures/treatment	Very satisfied 102 (56%)	Somewhat satisfied 56 (31%)	Somewhat dissatisfied 12 (7%)
- instructions on self-care	Very satisfied 104 (57%)	Somewhat satisfied 52 (28%)	Very dissatisfied /No opinion 10 (6%)
- attention to concerns/worries	Very satisfied 98 (54%)	Somewhat satisfied 67 (37%)	Somewhat dissatisfied 7 (4%)
- courteousness	Very satisfied 115 (63%)	Somewhat satisfied 54 (30%)	Very dissatisfied 6 (3%)
6) Satisfaction with equipment and facilities	Very satisfied 115 (63%)	Somewhat satisfied 55 (30%)	Very dissatisfied 5 (3%)
7) Satisfaction with promptness of tests/procedures	Very satisfied 96 (53%)	Somewhat satisfied 46 (25%)	No tests 19 (10%)

8) Repeat visits to ED for same medical reason (within past 12 months)	No 115 (63%)	Yes 68 (37%)	
9) Number of times to ED for same medical reason (within past 12 months)	"2 times" 23 (36%)	"1 time" 12 (19%)	"3 times" 11 (17%)
10) Reason for most recent visit to ED	too long for appt at Dr. 44 (23%)	it was an emergency 35 (18%)	might need tests  28 (15%)
11) Employment status	Employed Full time 85 (46%)	Employed Part time 32 (18%)	Student  18 (10%)
12) Highest level of education	< High School 52 (28%)	Graduated fr. Univ/CC/Tech 46 (25%)	Graduated fr. High School 44 (24%)

# Hôpital Stella Maris-de-Kent - Survey Results

<u>Question:</u>	<u>1st</u>	<u>2nd</u>	<u>3rd</u>
1) Quality of care/service received on most recent visit	Very satisfied 115 (64 %)	Somewhat satisfied 48 (27 %)	Somewhat dissatisfied 12 (7 %)
2) Quality of care/service was...	As expected 122 (68 %)	Better than expected 41 (23 %)	Less than expected 16 (9 %)
3) In what way was care/service less than expected?	Wait was too long 6 (43 %)	Staff unfriendly 5 (36 %)	Not diagnosed correctly 2 (14 %)
4) Satisfaction re: nursing care			
- quality of care	Very satisfied 113 (63 %)	Somewhat satisfied 62 (34 %)	No opinion 4 (2 %)
- promptness of assessment	Very satisfied 115 (64 %)	Somewhat satisfied 55 (31 %)	Somewhat dissatisfied 4 (2 %)
- information about illness/procedures/treatment	Very satisfied 111 (62 %)	Somewhat satisfied 39 (22 %)	No opinion 25 (14 %)
- instructions on self-care	Very satisfied 92 (51 %)	No opinion 51 (28 %)	Somewhat satisfied 34 (19 %)
- attention to concerns/worries	Very satisfied 102 (57 %)	Somewhat satisfied 53 (29 %)	No opinion 20 (11 %)
- courteousness	Very satisfied 130 (72 %)	Somewhat satisfied 39 (22 %)	No opinion 5 (3 %)
5) Satisfaction re: physician care			
- quality of care	Very satisfied 122 (68 %)	Somewhat satisfied 41 (23 %)	Somewhat dissatisfied 10 (6 %)
- promptness of assessment	Very satisfied 111 (62 %)	Somewhat satisfied 49 (27 %)	Somewhat dissatisfied 12 (7 %)
- information about illness/procedures/treatment	Very satisfied 118 (66 %)	Somewhat satisfied 44 (24 %)	Somewhat dissatisfied 8 (4 %)
- instructions on self-care	Very satisfied 106 (59 %)	Somewhat satisfied 55 (31 %)	No opinion 14 (8 %)
- attention to concerns/worries	Very satisfied 111 (62 %)	Somewhat satisfied 52 (29 %)	No opinion 11 (6 %)
- courteousness	Very satisfied 119 (66 %)	Somewhat satisfied 45 (25 %)	Somewhat dissatisfied 8 (4 %)
6) Satisfaction with equipment and facilities	Very satisfied 106 (59 %)	Somewhat satisfied 48 (27 %)	Somewhat dissatisfied 14 (8 %)
7) Satisfaction with promptness of tests/procedures	Very satisfied 104 (58 %)	Somewhat satisfied 41 (23 %)	No tests 25 (14 %)



8) Repeat visits to ED for same medical reason (within past 12 months)	No 113 (63%)	Yes 67 (37%)	
9) Number of times to ED for same medical reason (within past 12 months)	"3 times" 18 (28%)	"2 times" 17 (27%)	"1 time" 12 (19%)
10) Reason for most recent visit to ED	too long for appt at Dr. 39 (21%)	might need tests 36 (19%)	was an emergency 35 (19%)
11) Employment status	Employed Full time 55 (31%)	Not Employed Looking 44 (24%)	Employed Part time 35 (19%)
12) Highest level of education	< High School 85 (47%)	Graduated fr. High School 47 (26%)	Graduated fr. Univ/CC/Tech 22 (12%)

# Sackville Memorial Hospital - Survey Results

<u>Question:</u>	<u>1st</u>	<u>2nd</u>	<u>3rd</u>
1) Quality of care/service received on most recent visit	Very satisfied 36 (69%)	Somewhat satisfied 12 (23%)	Somewhat dissatisfied 3 (6%)
2) Quality of care/service was...	As expected 42 (81%)	Better than expected 6 (12%)	Less than expected 4 (8%)
3) In what way was care/service less than expected?	Not correct diagnosis 2 (40%)	Staff unfriendly 1 (20%)	Wait was too long 1 (20%)
4) Satisfaction re: nursing care			
- quality of care	Very satisfied 41 (79%)	Somewhat satisfied 8 (15%)	No opinion 3 (6%)
- promptness of assessment	Very satisfied 29 (56%)	Somewhat satisfied 18 (35%)	Somewhat dissatisfied 3 (6%)
- information about illness/procedures/treatment	Very satisfied 30 (58%)	No opinion 15 (29%)	Somewhat satisfied 6 (12%)
- instructions on self-care	No opinion 25 (48%)	Very satisfied 18 (35%)	Somewhat satisfied 9 (17%)
- attention to concerns/worries	Very satisfied 33 (64%)	No opinion 10 (19%)	Somewhat satisfied 9 (17%)
- courteousness	Very satisfied 43 (83%)	Somewhat satisfied 7 (14%)	Somewhat dissatisfied 2 (4%)
5) Satisfaction re: physician care			
- quality of care	Very satisfied 42 (81%)	Somewhat satisfied 6 (12%)	Somewhat/very dissatisfied 2 (4%)
- promptness of assessment	Very satisfied 24 (46%)	Somewhat satisfied 17 (33%)	Somewhat dissatisfied 7 (14%)
- information about illness/procedures/treatment	Very satisfied 35 (67%)	Somewhat satisfied 10 (19%)	Somewhat/very dissatisfied 3 (6%)
- instructions on self-care	Very satisfied 34 (65%)	Somewhat satisfied 10 (19%)	No opinion 4 (8%)
- attention to concerns/worries	Very satisfied 36 (69%)	Somewhat satisfied 11 (21%)	No opinion 2 (4%)
- courteousness	Very satisfied 39 (75%)	Somewhat satisfied 10 (19%)	No opinion 2 (4%)
6) Satisfaction with equipment and facilities	Very satisfied 39 (75%)	Somewhat satisfied 10 (19%)	No opinion 2 (4%)
7) Satisfaction with promptness of tests/procedures	Very satisfied 29 (56%)	No tests 11 (21%)	Somewhat satisfied 9 (17%)

8) Repeat visits to ED for same medical reason (within past 12 months)	No 35 (67%)	Yes 17 (33%)	
9) Number of times to ED for same medical reason (within past 12 months)	"2 times" 7 (41%)	"3 times" 4 (24%)	"1 time" 1 (6%)
10) Reason for most recent visit to ED	too long for appt at Dr. 23 (43%)	told to go by Dr answ. serv. 10 (19%)	do not have family Dr. 5 (10%)
11) Employment status	Employed Full time 15 (29%)	Employed Part time 13 (25%)	Retired 8 (15%)
12) Highest level of education	Graduated fr. High School 20 (39%)	< High School 11 (21%)	Some Univ/CC/Tech 9 (17%)

## **Annexe F**

# **Satisfaction Survey of TeleCare Callers**

conducted in

July 1995

Planning and Evaluation (PAE)

## General Instructions:

- o Interviewer must read each set of instructions for each part of this questionnaire.
- o Interviewer must record all responses clearly and verbatim where required.
- o Interviewer must avoid paraphrasing or rewording responses
- o Record the following information:

Respondent's Name: \_\_\_\_\_

Telephone #: \_\_\_\_\_

City/Town: \_\_\_\_\_

Gender: Male 1

Postal Code: \_\_\_\_\_

Female 2

Visit Date/Time: \_\_\_\_\_

Day/Month/Year/Time (am/pm)

Good Afternoon/Evening, may I speak to *(insert name of respondent)*. If available - continue; otherwise arrange call back.) My name is \_\_\_\_\_ of Corporate Research Associates Inc. We are currently conducting a Patient Satisfaction Survey of TeleCare on behalf of the Department of Health and Community Services. As TeleCare is a pilot project, it is necessary to evaluate the quality of service and identify any areas of concern that callers to the service may have. According to their records you recently called TeleCare and I would like to ask you a few questions regarding the quality of service you received? It will take less than ten minutes, is this a good time?

- o Yes ..... 1 Continue
- o No ..... 2 Arrange CallBack If Possible or Thank & Terminate

To begin,

1. Was your call to TeleCare for you or for another member of your household?

- o Self ..... 1
- o Another adult ..... 2
- o Child ..... 3
- o Other ..... 4

2. Overall, would you say that you were ...with the quality of service you received during your most recent call to TeleCare?

- o Very satisfied ..... 1 Go to Question 4
- o Somewhat satisfied ..... 2 Go to Question 4
- o Somewhat dissatisfied ..... 3 Continue
- o Very dissatisfied ..... 4 Continue
- VOLUNTEERED
- o No opinion ..... 5 Go to Question 4

3. In what way were you (answer from Question 2) with the overall quality of service?

---



---



---

4. In your opinion, would you say that the quality of service which you received was ...

- o As expected ..... 1 Go To Question 6
- o Better than expected, or ..... 2 Go To Question 6
- o Less than expected ..... 3 Continue
- VOLUNTEERED
- o No opinion ..... 4 Go To Question 6



5. In what way was the service you received less than expected?

---

---

---

6. How satisfied were you with the promptness with which your call was answered by the TeleCare nurse? Would you say you were ...

- |   |   |                  |
|---|---|------------------|
| <input type="radio"/> Very satisfied        | 1 | Go to Question 8 |
| <input type="radio"/> Somewhat satisfied    | 2 | Go to Question 8 |
| <input type="radio"/> Somewhat dissatisfied | 3 | Continue         |
| <input type="radio"/> Very dissatisfied     | 4 | Continue         |
| VOLUNTEERED                                 |   |                  |
| <input type="radio"/> No opinion            | 5 | Go to Question 8 |

7. Why were you (answer from question 6) with the promptness of the TeleCare call answer?

---

---

---

8. During your most recent call to TeleCare, approximately how many minutes did you have to wait on the telephone line before talking to a TeleCare nurse?

☐ \_\_\_\_\_ minutes

9. Please indicate the extent of your satisfaction with the TeleCare nurse for each of the following elements of service. Would you say that you were ... with: (Rotate categories)

Very Satisfied	Somewhat Satisfied	Somewhat Dissatisfied	Very Dissatisfied	No Opinion (Vol)
----------------	--------------------	-----------------------	-------------------	------------------

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| a. The quality of service you received from the TeleCare nurse  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. The medical information you received about your situation from the TeleCare nurse                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. The instructions provided by the TeleCare nurse about what you should do                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. The attention that was given by the TeleCare nurse to your concerns and worries about your symptoms      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. The courtenousness of the TeleCare nurse and the attempt to make your experience as pleasant as possible | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10. Were you able to follow the instructions given to you by the TeleCare nurse?

- |                                  |   |                   |
|----------------------------------|---|-------------------|
| <input type="radio"/> Yes        | 1 | Go to Question 12 |
| <input type="radio"/> No         | 2 | Continue          |
| VOLUNTEERED                      |   |                   |
| <input type="radio"/> No opinion | 3 | Go to Question 12 |

11. Why were you unable to follow the instructions given to you by the TeleCare nurse?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
12. How many times have you called the TeleCare Service during the past 6 months? (Record response as per week, per month, or per year)
- o \_\_\_\_\_ # of times per \_\_\_\_\_
13. How did you find out about the TeleCare Service? (Do Not Read Responses. Code All That Apply.)
- o Received a card with the number in the mail . . . . . 1
  - o Told about the service in the Emergency Department . . . 2
  - o Through family and friends . . . . . 3
  - o From the newspaper . . . . . 4
  - o I have called TeleCare before . . . . . 5
  - o From my family doctor . . . . . 6
  - o Other (Specify \_\_\_\_\_) . . . . . 7
  - VOLUNTEERED
  - o No opinion . . . . . 9
14. What would you have done in this situation if the TeleCare Service were not available? (Do Not Read Responses)
- o Visited the Emergency Department . . . . . 1
  - o Called family doctor . . . . . 2
  - o Called a family member or friend . . . . . 3
  - o Other (Specify \_\_\_\_\_) . . . . . 4
  - VOLUNTEERED
  - o No opinion . . . . . 9
15. How many times have you visited an Emergency Department of a hospital during the past 12 months? (Record response as per week, per month, or per year.)
- o \_\_\_\_\_ # of times per \_\_\_\_\_

I now have just a few final questions about yourself that will help to classify the answers you have so kindly provided.

16. Which of the following best describes your current employment status, are you...
- o Employed full-time, that is 30 hours or more per week . . 1
  - o Employed part-time, that is less than 30 hours per week . 2
  - o Not currently employed but actively looking for work . . 3
  - o Not currently employed but not looking . . . . . 4
  - o Retired . . . . . 5
  - o Student . . . . . 6
  - VOLUNTEERED
  - o Other (Specify \_\_\_\_\_) . . . . . 7
  - o Refused . . . . . 9
17. What is the highest level of education you received?
- o Less than high school . . . . . 1
  - o Graduated high school . . . . . 2
  - o Some university/community college/technical school . . 3
  - o Graduated university/community college/technical school 4
  - o Post graduate studies . . . . . 5
  - VOLUNTEERED
  - o Other (Specify \_\_\_\_\_) . . . . . 6
  - o Refused . . . . . 9

THANK YOU FOR YOUR COOPERATION & ASSISTANCE.

Interviewer's Certification:

I hereby certify that this survey was completed in the manner in which it was intended and understand that a portion of the completed surveys will be verified by the Field Supervisor.

Interviewer's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

AGEGRP age group

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1.00	102	17.0	17.1	17.1
	2.00	4	.7	.7	17.7
	3.00	29	4.8	4.8	22.6
	4.00	297	49.5	49.7	72.2
	5.00	134	22.3	22.4	94.6
	6.00	22	3.7	3.7	98.3
	7.00	10	1.7	1.7	100.0
	.	2	.3	Missing	
Total		600	100.0	100.0	

Valid cases 598 Missing cases 2

GENDER

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Male	1	92	15.3	15.3	15.3
Female	2	508	84.7	84.7	100.0
Total		600	100.0	100.0	

Valid cases 600 Missing cases 0

Q1 Who was call for?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Self	1	245	40.8	40.9	40.9
Another Adult	2	79	13.2	13.2	54.1
Child	3	243	40.5	40.6	94.7
Other	4	32	5.3	5.3	100.0
.		1	.2	Missing	
Total		600	100.0	100.0	

Valid cases 599 Missing cases 1

Q2 Overall quality of service: TeleCare

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Very Satisfied	1	518	86.3	86.3	86.3
Somewhat Satisfied	2	74	12.3	12.3	98.7
Somewhat Dissatisfie	3	6	1.0	1.0	99.7
Very Dissatisfied	4	1	.2	.2	99.8
No Opinion	5	1	.2	.2	100.0
Total		600	100.0	100.0	

Valid cases 600 Missing cases 0

Q4 Rate quality of service

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
As Expected	1	288	48.0	48.0	48.0
Better Than Expected	2	277	46.2	46.2	94.2
Less Than Expected	3	20	3.3	3.3	97.5
No Opinion	4	15	2.5	2.5	100.0
Total		600	100.0	100.0	

Q6 How satisfied re: promptness of call ans

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Very Satisfied	1	437	72.8	72.8	72.8
Somewhat Satisfied	2	112	18.7	18.7	91.5
Somewhat Dissatisfie	3	35	5.8	5.8	97.3
Very Dissatisfied	4	14	2.3	2.3	99.7
No Opinion	5	2	.3	.3	100.0
Total		600	100.0	100.0	

Valid cases 600 Missing cases 0

Q8 Number minutes you waited on phone?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	295	49.2	49.2	49.2
	1	95	15.8	15.8	65.0
	2	61	10.2	10.2	75.2
	3	29	4.8	4.8	80.0
	4	18	3.0	3.0	83.0
	5	42	7.0	7.0	90.0
	7	3	.5	.5	90.5
	8	6	1.0	1.0	91.5
	10	12	2.0	2.0	93.5
	11	1	.2	.2	93.7
	12	1	.2	.2	93.8
	13	2	.3	.3	94.2
	15	13	2.2	2.2	96.3
	20	7	1.2	1.2	97.5
	25	3	.5	.5	98.0
	30	1	.2	.2	98.2
	40	1	.2	.2	98.3
	60	1	.2	.2	98.5
	98	9	1.5	1.5	100.0
Total		600	100.0	100.0	

Valid cases 600 Missing cases 0

Q9\_A Quality of service: TeleCare nurse

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Very Satisfied	1	546	91.0	91.0	91.0
Somewhat Satisfied	2	51	8.5	8.5	99.5
Somewhat Dissatisfie	3	1	.2	.2	99.7
Very Dissatisfied	4	2	.3	.3	100.0
Total		600	100.0	100.0	

Valid cases 600 Missing cases 0

Q9\_B Rate medical info received from TeleCare

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Very Satisfied	1	503	83.8	83.8	83.8
Somewhat Satisfied	2	78	13.0	13.0	96.8
Somewhat Dissatisfie	3	12	2.0	2.0	98.8
Very Dissatisfied	4	4	.7	.7	99.5
No Opinion	5	3	.5	.5	100.0
Total		600	100.0	100.0	

Valid cases 600 Missing cases 0

Q9\_C Rate instructions, what you should do

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Very Satisfied	1	524	87.3	87.3	87.3
Somewhat Satisfied	2	67	11.2	11.2	98.5
Somewhat Dissatisfie	3	6	1.0	1.0	99.5
Very Dissatisfied	4	2	.3	.3	99.8
No Opinion	5	1	.2	.2	100.0
Total		600	100.0	100.0	

Valid cases 600 Missing cases 0

Q9\_D Attention given to your concerns

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Very Satisfied	1	541	90.2	90.2	90.2
Somewhat Satisfied	2	51	8.5	8.5	98.7
Somewhat Dissatisfie	3	3	.5	.5	99.2
Very Dissatisfied	4	2	.3	.3	99.5
No Opinion	5	3	.5	.5	100.0
Total		600	100.0	100.0	

Valid cases 600 Missing cases 0

Q9\_E Courtousy of TeleCare nurse

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Very Satisfied	1	566	94.3	94.3	94.3
Somewhat Satisfied	2	33	5.5	5.5	99.8
Very Dissatisfied	4	1	.2	.2	100.0
Total		600	100.0	100.0	

Valid cases 600 Missing cases 0

Q10 Were you able to follow instructions given?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Yes	1	593	98.8	98.8	98.8
No	2	6	1.0	1.0	99.8
No Opinion	3	1	.2	.2	100.0
Total		600	100.0	100.0	

Valid cases 600 Missing cases 0

Q11 Q11. Why were you unable to follow instr

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Was not given any	1	1	.2	16.7	16.7
Too hard to follow	2	1	.2	16.7	33.3
Not confident with info	3	2	.3	33.3	66.7
Other	99	2	.3	33.3	100.0
.		594	99.0	Missing	
Total		600	100.0	100.0	

Valid cases 6 Missing cases 594

Q12\_A #calls to TeleCare in last 6 months

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	317	52.8	52.8	52.8
	2	138	23.0	23.0	75.8
	3	54	9.0	9.0	84.8
	4	35	5.8	5.8	90.7
	5	21	3.5	3.5	94.2
	6	16	2.7	2.7	96.8
	7	1	.2	.2	97.0
	8	3	.5	.5	97.5
	10	4	.7	.7	98.2
	12	4	.7	.7	98.8
	15	2	.3	.3	99.2
	20	1	.2	.2	99.3
	98	4	.7	.7	100.0
Total		600	100.0	100.0	
Valid cases	600	Missing cases	0		

Q13\_1 How did you find out about TeleCare?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Got card in mail	1	156	26.0	26.0	26.0
Told at Emerg. Dept.	2	143	23.8	23.8	49.8
Family / friends	3	116	19.3	19.3	69.2
Newspaper	4	38	6.3	6.3	75.5
From Family Doctor	6	17	2.8	2.8	78.3
I work at hospital	7	17	2.8	2.8	81.2
Poster ads	8	18	3.0	3.0	84.2
Called Emerg. Dept.	9	39	6.5	6.5	90.7
Called Medical Centr	10	23	3.8	3.8	94.5
Pharmacy	11	5	.8	.8	95.3
Told at hospital	12	11	1.8	1.8	97.2
Don't know/ No Opini	98	4	.7	.7	97.8
Other	99	13	2.2	2.2	100.0
Total		600	100.0	100.0	
Valid cases	600	Missing cases	0		

Q14\_1 Without TeleCare, likely action?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Visit Emerg. Dept	1	349	58.2	58.2	58.2
Call Family Dr.	2	77	12.8	12.8	71.0
Family or friend	3	10	1.7	1.7	72.7
Call Hospital	4	69	11.5	11.5	84.2
Call / go to Clinic	5	19	3.2	3.2	87.3
Call Pharmacy	6	3	.5	.5	87.8
Visit Dr	7	18	3.0	3.0	90.8
Watchful waiting	8	25	4.2	4.2	95.0
Don't know	98	25	4.2	4.2	99.2
Other	99	5	.8	.8	100.0
Total		600	100.0	100.0	
Valid cases	600	Missing cases	0		

Q15\_A # visits to Emerg. Dept. in last 12 months

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	106	17.7	18.1	18.1
	1	108	18.0	18.5	36.6
	2	106	17.7	18.1	54.7
	3	56	9.3	9.6	64.3
	4	54	9.0	9.2	73.5
	5	39	6.5	6.7	80.2
	6	35	5.8	6.0	86.2
	7	15	2.5	2.6	88.7
	8	5	.8	.9	89.6
	9	2	.3	.3	89.9
	10	19	3.2	3.2	93.2
	12	13	2.2	2.2	95.4
	14	1	.2	.2	95.6
	15	3	.5	.5	96.1
	17	2	.3	.3	96.4
	20	10	1.7	1.7	98.1
	24	1	.2	.2	98.3
	25	2	.3	.3	98.6
	30	3	.5	.5	99.1
	35	1	.2	.2	99.3
	50	3	.5	.5	99.8
	75	1	.2	.2	100.0
	98	15	2.5	Missing	
Total		600	100.0	100.0	

Valid cases 585 Missing cases 15

Q16 Your current employment status?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Full time (30 hrs +)	1	225	37.5	37.8	37.8
Part time (<30 hrs)	2	104	17.3	17.5	55.3
Unemployed	3	54	9.0	9.1	64.4
Not looking (NLF)	4	126	21.0	21.2	85.5
Retired	5	49	8.2	8.2	93.8
Student	6	32	5.3	5.4	99.2
Other	7	5	.8	.8	100.0
	9	5	.8	Missing	
Total		600	100.0	100.0	

Valid cases 595 Missing cases 5

Q17 Your highest level of education?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Less than HighSchool	1	157	26.2	26.4	26.4
Grad High School	2	163	27.2	27.4	53.9
Some Univ/Coll/Tech	3	90	15.0	15.2	69.0
Grad Univ/Coll/Tech	4	170	28.3	28.6	97.6
Post Grad Studies	5	13	2.2	2.2	99.8
Other	6	1	.2	.2	100.0
Not stated	9	6	1.0	Missing	
Total		600	100.0	100.0	

Valid cases 594 Missing cases 6



## **Annexe G**

# **TeleCare / TéléSoins**

## **Call-Back Satisfaction Survey**

**prepared for**

**Joint Project Management Committee**

**by**

**Chris Robinson**

**Planning & Evaluation (PAE)**

**May 22, 1996**

# CLIENT SATISFACTION SURVEY

## General Instructions:

- Interviewer must read each set of instructions for each part of this questionnaire.
- Interviewer must record all responses clearly and verbatim where required.
- Interviewer must avoid paraphrasing or rewording responses.
- Record the following information:

Respondent's Name: \_\_\_\_\_

Telephone #: \_\_\_\_\_ Medicare #: \_\_\_\_\_

Town/Village: \_\_\_\_\_

Postal Code: \_\_\_\_\_ Doc. time for call-back: \_\_\_\_\_ min.

Date/Time of Call to Tele-Care: \_\_\_\_\_

Good afternoon/evening, may I speak to (Insert name of respondent. If available - continue: otherwise arrange call back.) My name is \_\_\_\_\_ of the Tele-Care Service. We are currently conducting a Patient Satisfaction Survey to evaluate the quality of service and identify any areas of concern that callers to the service may have. According to our records you recently called Tele-Care and I would like to ask you a few questions regarding the quality of service you received. It will take less than 5 minutes, is this a good time?

- Yes ..... 1 Continue
- No ..... 2 Arrange Callback if possible or Thank and terminate

To begin,

1. Would you consider your call to Tele-Care to be

- urgent ..... 1
- moderately urgent..... 2
- slightly urgent..... 3
- non-urgent..... 4

2. Overall, would you say that you were... with the quality of service you received during your most recent call to Tele-Care?

- Very satisfied ..... 1
- Somewhat satisfied ..... 2
- Somewhat dissatisfied ..... 3
- Very dissatisfied ..... 4

**Volunteered**

- No opinion ..... 5

3. On the day of your call, a Tele-Care worker took your name and phone number and the nurse afterwards returned your call. In your opinion, did you wait too long for the callback?

- Yes..... 1  
- No..... 2

**Volunteered**

- No opinion ..... 3

4. Approximately how much time would you say you waited for the callback?

**Volunteered**

- Less than 1 minute ..... 1  
- 2-3 minutes ..... 2  
- 4-5 minutes ..... 3  
- 6-10 minutes ..... 4  
- 11-15 minutes ..... 5  
- more than 16 minutes (Specify \_\_\_\_\_) 6

5. Which of the following would you prefer?

- Wait your turn on-line until a nurse is free to answer your call ..... 1  
- Have someone answer your call right away and waiting for a nurse to call you back..... 2

**Volunteered**

- No opinion ..... 3

6. If you had to wait on line for a nurse, in your opinion, what would be a reasonable amount of time to wait?

- 0 seconds ..... 1  
- less than 30 seconds..... 2  
- less than 1 minute..... 3  
- less than 2 minutes..... 4  
- less than 3 minutes..... 5  
- less than 5 minutes..... 6  
- less than 10 minutes..... 7

**Volunteered**

- No opinion..... 8

7. In your opinion, would you say that the quality of service which you received was...

- As expected ..... 1 Go to Question 9  
- Better than expected, or ..... 2 Go to Question 9  
- Less than expected ..... 3 Continue

**Volunteered**

- No opinion ..... 4 Go to Question 9

8. In what way was the service you received less than expected?

---

---

---

9. Were you able to follow the instructions given to you by the Tele-Care nurse?

- |                    |   |                   |
|--------------------|---|-------------------|
| - Yes .....        | 1 | Go to Question 11 |
| - No .....         | 2 | Continue          |
| <b>Volunteered</b> |   |                   |
| No opinion .....   | 3 | Go to Question 11 |

10. Why were you unable to follow the instructions given to you by the Tele-Care nurse?

---

---

---

11. What would you have done in this situation if the Tele-Care Service would not have been available?  
(Do not read the responses)

- |  |   |
|--|---|
| - Visited the Emergency Dept. ....       | 1 |
| - Called the family doctor .....         | 2 |
| - Called a family member or friend ..... | 3 |
| - Other (Specify _____) .....            | 4 |
| <b>Volunteered</b>                       |   |
| - No opinion .....                       | 5 |

12. How many times have you called Tele-Care during the past 12 months?

\_\_\_\_\_ times in last 12 months

THANK YOU FOR YOUR COOPERATION AND ASSISTANCE.



MIN Minutes until Call-back

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1.0	2	1.0	1.0	1.0
	2.0	19	9.3	9.8	10.8
	3.0	17	8.3	8.8	19.6
	4.0	18	8.8	9.3	28.9
	5.0	21	10.2	10.8	39.7
	6.0	9	4.4	4.6	44.3
	7.0	7	3.4	3.6	47.9
	8.0	9	4.4	4.6	52.6
	9.0	9	4.4	4.6	57.2
	10.0	6	2.9	3.1	60.3
	11.0	3	1.5	1.5	61.9
	12.0	9	4.4	4.6	66.5
	13.0	9	4.4	4.6	71.1
	14.0	5	2.4	2.6	73.7
	15.0	6	2.9	3.1	76.8
	16.0	5	2.4	2.6	79.4
	17.0	1	.5	.5	79.9
	18.0	3	1.5	1.5	81.4
	19.0	5	2.4	2.6	84.0
	20.0	5	2.4	2.6	86.6
	21.0	2	1.0	1.0	87.6
	22.0	4	2.0	2.1	89.7
	23.0	2	1.0	1.0	90.7
	24.0	3	1.5	1.5	92.3
	25.0	1	.5	.5	92.8
	26.0	3	1.5	1.5	94.3
	27.0	1	.5	.5	94.8
	29.0	2	1.0	1.0	95.9
	31.0	1	.5	.5	96.4
	33.0	1	.5	.5	96.9
	35.0	1	.5	.5	97.4
	38.0	1	.5	.5	97.9
	40.0	1	.5	.5	98.5
	49.0	1	.5	.5	99.0
	55.0	1	.5	.5	99.5
	120.0	1	.5	.5	100.0

$n = 258$  original  
 no response (53)  $\rightarrow 20.5\%$   
 $\therefore n_{\text{final}} = 205$   
 Completed



MIN Minutes until Call-back				
	99.0	11	5.4	Missing
	-----			
Total	205	100.0	100.0	
-----				
Valid cases	194	Missing cases	11	

Q1 Urgency of call (self-rated)				
Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Cum Percent
urgent	1.0	53	25.9	25.9
moderately urgent	2.0	84	41.0	66.8
	2.5	1	.5	67.3
slightly urgent	3.0	35	17.1	84.4
non-urgent	4.0	32	15.6	100.0
	-----			
Total	205	100.0	100.0	

Valid cases	205	Missing cases	0
-------------	-----	---------------	---

Q2 Satisfaction re: quality of service				
Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Cum Percent
Very satisfied	1.0	183	89.3	89.3
Somewhat satisfied	2.0	8	3.9	93.2
	2.5	1	.5	93.7
Somewhat dissatisfied	3.0	10	4.9	98.5
Very dissatisfied	4.0	3	1.5	100.0
	-----			
Total	205	100.0	100.0	

Valid cases	205	Missing cases	0
-------------	-----	---------------	---

Q3 Wait for CB too long?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Yes	1.0	12	5.9	5.9	5.9
No	2.0	172	83.9	84.3	90.2
No opinion	3.0	20	9.8	9.8	100.0
	99.0	1	.5	Missing	
				-----	
Total		205	100.0	100.0	

Valid cases 204 Missing cases 1

Q4 Time waited for CB

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Did not wait..no CB	.0	12	5.9	6.1	6.1
Less than 1 minute	1.0	3	1.5	1.5	7.6
2-3 minutes	2.0	32	15.6	16.2	23.7
4-5 minutes	3.0	60	29.3	30.3	54.0
6-10 minutes	4.0	40	19.5	20.2	74.2
11-15 minutes	5.0	26	12.7	13.1	87.4
more than 16 minutes	6.0	16	7.8	8.1	95.5
	20.0	1	.5	.5	96.0
	60.0	7	3.4	3.5	99.5
	120.0	1	.5	.5	100.0
	99.0	7	3.4	Missing	
				-----	
Total		205	100.0	100.0	

Valid cases 198 Missing cases 7

Q5 Which would you prefer?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Wait turn on-line	1.0	23	11.2	11.2	11.2
Answer, call-back	2.0	172	83.9	83.9	95.1
No opinion	3.0	10	4.9	4.9	100.0
Total		205	100.0	100.0	

Valid cases 205 Missing cases 0

Q6 Reasonable time to wait on-line?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
0 seconds	1.0	5	2.4	2.4	2.4
less than 30 seconds	2.0	5	2.4	2.4	4.9
less than 1 minute	3.0	19	9.3	9.3	14.1
less than 2 minutes	4.0	40	19.5	19.5	33.7
less than 3 minutes	5.0	28	13.7	13.7	47.3
less than 5 minutes	6.0	72	35.1	35.1	82.4
less than 10 minutes	7.0	26	12.7	12.7	95.1
No opinion	8.0	7	3.4	3.4	98.5
As long as necessary	9.0	2	1.0	1.0	99.5
	20.0	1	.5	.5	100.0
Total		205	100.0	100.0	

Valid cases 205 Missing cases 0

Q7 Quality service met expectations?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
As expected	1.0	103	50.2	50.2	50.2
Better than expected	2.0	90	43.9	43.9	94.1
Less than expected	3.0	12	5.9	5.9	100.0
		-----	-----	-----	
Total		205	100.0	100.0	
Valid cases	205	Missing cases	0		

Q9 Able to follow instructions?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Yes	1.0	199	97.1	97.1	97.1
No	2.0	4	2.0	2.0	99.0
No opinion	3.0	2	1.0	1.0	100.0
		-----	-----	-----	
Total		205	100.0	100.0	
Valid cases	205	Missing cases	0		

Q11 What would you have done otherwise?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Visit Emerg Dept	1.0	117	57.1	57.1	57.1
Call my GP	2.0	27	13.2	13.2	70.2
Ask family / friend	3.0	5	2.4	2.4	72.7
	4.0	11	5.4	5.4	78.0
No opinion	5.0	5	2.4	2.4	80.5
Watchful waiting	6.0	1	.5	.5	81.0
Ask pharmacist	7.0	7	3.4	3.4	84.4
Call hosp / ED	8.0	25	12.2	12.2	96.6
Call clinic	9.0	7	3.4	3.4	100.0
Total		205	100.0	100.0	

Valid cases 205 Missing cases 0

Q12 # calls to TeleCare in past 12 months?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1.0	80	39.0	39.0	39.0
	2.0	32	15.6	15.6	54.6
	3.0	32	15.6	15.6	70.2
	4.0	10	4.9	4.9	75.1
	5.0	11	5.4	5.4	80.5
	6.0	12	5.9	5.9	86.3
	7.0	8	3.9	3.9	90.2
	8.0	3	1.5	1.5	91.7
	10.0	7	3.4	3.4	95.1
	15.0	2	1.0	1.0	96.1
	20.0	2	1.0	1.0	97.1
	25.0	3	1.5	1.5	98.5
	30.0	2	1.0	1.0	99.5
	50.0	1	.5	.5	100.0
Total		205	100.0	100.0	

Valid cases 205 Missing cases 0

Q2 Satisfaction re: quality of service by Q1 Urgency of call (self-rated)

Page 1 of 1

Q1

Q2	Count Col Pct	Q1					Row Total
		urgent 1.0	moderate ly urgen 2.0	slightly non-urgen t 3.0	4.0	Total	
Very satisfied	1.0	46 86.8	78 92.9	1 100.0	29 90.6	183 89.3	
Somewhat satisfi	2.0	1 1.9	3 3.6	3 8.6	1 3.1	8 3.9	
2.5					1 3.1	1 .5	
Somewhat dissati	3.0	5 9.4	3 3.6	2 5.7		10 4.9	
Very dissatisfie	4.0	1 1.9		1 2.9	1 3.1	3 1.5	
Column		53	84	1	32	205	
Total		25.9	41.0	.5	17.1	100.0	

Number of Missing Observations: 0



Q11 What would you have done otherwise? by Q1 Urgency of call (self-rated)

Count		Q1				Page 1 of 1	
		urgent 1.0	moderate ly urgen 2.0	2.5	slightly non-urgen t 3.0	4.0	Row Total
Q11							
1.0	Visit Emerg Dept	44	44		13	16	117 57.1
2.0	Call my GP	3	11	1	6	6	27 13.2
3.0	Ask family / fri		3		2		5 2.4
4.0		3	4		3	1	11 5.4
5.0	No opinion	1	2		1	1	5 2.4
6.0	Watchful waiting		1				1 .5
7.0	Ask pharmacist	1	3		1	2	7 3.4
8.0	Call hosp / ED	1	10		8	6	25 12.2
9.0	Call clinic		6		1		7 3.4
Column		53	84	1	35	32	205
Total		25.9	41.0	.5	17.1	15.6	100.0

Number of Missing Observations: 0

## **Annexe H**



## **Annexe I**

## Is TeleCare associated with more or less office visits to physicians practising at Moncton Walk-In Clinics?

variables:

**Variables:**  
**Y = OfficeVisits** = number of office visits per month to GPs practising at Jean-Coutu & St. George St After-Hours Clinics

TCcalls = monthly call volume to TeleCare

TCActive = dummy variable to show impact of TeleCare's existence (0 = pre-TeleCare, 1 = post implementation)

mo1 to mo11 = seasonal dummy variables

**Trend = underlying trend over time**

A) **Regression Output: OfficeVisits = TCcalls + seasonal dummies + trend**

[illegible]

B) Regression Output:  $\text{OfficeVisits} = \text{TCactive} + \text{seasonal dummies} + \text{trend}$

	Trend	mo1	mo2	mo3	mo4	mo5	mo6	mo7	mo8	mo9	mo10	mo11
D) Regression Output: Unconstrained - Seasonal Dummies - Trend												
Constant		6060.44										
Std Err of Y Est		451.871										
R Squared		0.80584										
No. of Observations		36										
Degrees of Freedom		22										
TCActive												
X Coefficient(s)	354.33	677.90	162.97	644.71	737.44	968.85	142.25	-938.35	-496.61	23.79	871.86	813.26
Std Err of Coef.	319.52	405.86	399.70	394.04	388.91	384.32	380.31	376.87	374.04	371.82	370.23	369.27
t-stat	1.11	1.67	0.41	1.64	1.90	2.52	0.37	-2.49	-1.33	0.06	2.35	2.20

Conclude: the t stat on both TCcalls and TCactive are statistically insignificant (less than critical value 1.96) , so there is no apparent association

## **Annexe J**

**Parmi les cas aiguillés vers un bureau d'omnipraticien ou une clinique  
sans rendez-vous dans les 24 heures**

		équipe de Dr. O'Hanley				
		Serv. d'urg.	DR 24-hres	DR 25+hres	Soins à domicile	Totale
équipe de Dr. Touchburn	Service d'urgence	1 3.3%				1 3.3%
	DR 24hres		25 83.3%	1 3.3%		26 86.7%
	DR 25+hres					0 0.0%
	Soins à domicile				3 10.0%	3 10.0%
		1 3.3%	25 83.3%	1 3.3%	3 10.0%	30

Inter-rater reliability: weighted kappa = 0.960 (alpha 5%; 19 fois sur 20)

**Parmi les cas aiguillés vers le Service d'urgence**

		équipe de Dr. O'Hanley				
		Serv. d'urg.	DR 24-hres	DR 25+hres	Soins à domicile	Totale
équipe de Dr. Touchburn	Service d'urgence	41 78.8%	3 5.8%			44 84.6%
	DR 24hres	4 7.7%	2 3.8%			6 11.5%
	DR 25+hres			2 3.8%		2 3.8%
	Soins à domicile					0 0.0%
		45 86.5%	5 9.6%	2 3.8%	0 0.0%	52

Inter-rater reliability: weighted kappa = 0.703 (alpha 5%; 19 fois sur 20)